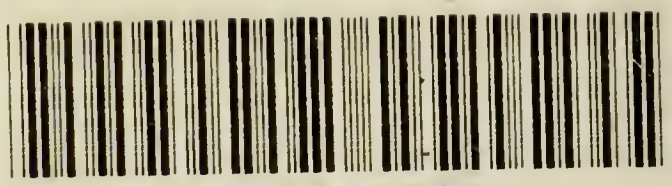
TR . CA



22102347901

Med
K27761

N° 39

DES MYÉLITES SYPHILITIQUES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de médecine de Montpellier

Le 20 Juillet 1878

Par Raymond CAIZERGUES

INTERNE DES HÔPITAUX DE MONTPELLIER

LAURÉAT DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER (Prix de 3e et de 4e année)

SECRÉTAIRE ADJOINT DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES

SECRÉTAIRE ANNUEL DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

> Nulla autem est alia pro certo noscendi via, nisi quam plurimas et morborum et dissectionum historias, tum aliorum, tum proprias, collectas habere et inter se comparare.
>
> (Morgagni, *de Sed. et Caus. morb.*, lib. IV, *Proœmium*)

MONTPELLIER

IMPRIMERIE CENTRALE DU MIDI. — HAMELIN FRÈRES

Rue de l'Observance, ancien temple protestant

—

1878

TR, CA

WELLCOME
HISTORICAL
MEDICAL
LIBRARY

20 HR 1953

WELLCOME INSTITUTE
LIBRARY
Coll. welMOmec
Call
No. VJC

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES ONCLES

R. CAIZERGUES.

Digitized by the Internet Archive
in 2016

https://archive.org/details/b2806771x

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

F.-C. CAIZERGUES

DOYEN DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE

A M. le Professeur DUPRÉ

Son élève dévoué et reconnaissant.

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur COMBAL

Et levis hæc meritis referetur gratia tantis.
(OVIDE.)

A MON EXCELLENT MAITRE

M. le Professeur COURTY

R. CAIZERGUES.

A M. le Professeur ESTOR

PROFESSEUR D'HISTOLOGIE ET D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

A MM. les Professeurs FONSSAGRIVES,

JAUMES, DUBRUEIL

A M. LAVIGNE

MÉDECIN PRINCIPAL A L'HÔTEL-DIEU ST-ÉLOI

A M. E. HAMELIN

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MONTPELLIER

R. CAIZERGUES

A MON CHER ET PREMIER MAITRE

M. le Professeur agrégé GRASSET

Si placeo, tuum est.
(HORAT.)

A M. R. GORDON

BIBLIOTHÉCAIRE DE LA FACULTÉ DE MONTPELLIER

A M. le Professeur agrégé ROUSTAN

A M. le Professeur agrégé CARRIEU

R. CAIZERGUES.

A MON FRÈRE PAR LE CŒUR

J. MONESTIER

INGÉNIEUR DES PONTS ET CHAUSSÉES

Ego tuus, esto meus, servet utrumque Deus

A MES DEUX EXCELLENTS AMIS

E. GERVAIS

ÉLÈVE A L'ÉCOLE POLYTECHNIQUE

A. BROUSSE

ÉLÈVE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

A MES COLLÈGUES D'INTERNAT

E. BARRALIS, FERNANDEZ Y ARMENTEROS
B. APOLINARIO, JOULIÉ

A TOUS AMIS

R. CAIZERGUES.

INTRODUCTION

> Dans la recherche de la génération des phénomènes morbides, on ne peut s'arrêter à l'altération de la constitution sensible du corps, et l'on est obligé de remonter jusqu'aux affections de la puissance chargée de maintenir ou de conserver cette constitution, et dont l'action affaiblie ou pervertie a permis ou opéré une telle dégradation. (Barthez.)

> Qu'est-ce que la maladie, si l'on ne connaît l'affection qui la cause?
> (Lordat.)

Les travaux récents ont jeté un jour tout nouveau sur l'anatomie et sur la physiologie pathologiques de la moelle; aucun effort d'ensemble n'a été tenté pour en rattacher les maladies aux grandes causes qui peuvent les produire. « On a fait, dit » M. le professeur agrégé Grasset (*Leçons sur les maladies du* » *système nerveux*), on a fait la *séméiologie* du système ner- » veux : sa *nosologie* reste à faire. On a débuté par l'analyse ; » il faut arriver à la synthèse. »

C'est pour développer, dans la mesure de nos forces, les doctrines de notre École et les idées de nos Maîtres aimés que nous avons entrepris ce travail.

Aujourd'hui, que l'on revient à l'étude des diathèses et que

l'on croit découvrir, pour la première fois, qu'elle est la clef de voûte de la pathologie, nous avons choisi l'étude d'une diathèse.

Si le rôle de ces affections est immense dans les troubles morbides des différents organes, dont elles constituent indirectement ou directement les maladies, c'est surtout dans la pathologie nerveuse qu'il devient évident.

Un grand nombre de névroses prétendues essentielles sont diathésiques. Quant aux maladies nerveuses proprement dites, elles nous paraissent dépendre, soit d'une localisation directe d'un état général, soit d'un état local central ou périphérique.

Mais, sauf le traumatisme et quelques rares maladies de cause externe, les lésions locales sont affectionnelles. « Quelle » est, disait déjà Delpech en 1816 ; quelle est la maladie répu- » tée chirurgicale qui ne se trouve pas nécessairement unie à » quelque désordre général ? Dans combien de cas n'est-elle » pas un simple symptôme d'une affection qui intéresse la » constitution ? » (*Des Maladies réputées chirurgicales.* Paris, 1816, *Discours préliminaire*, p. x.)

Et le traumatisme lui-même n'est-il pas profondément modifié par les états généraux ? Sous lui, l'économie résonne (1) comme l'airain, suivant l'alliage qui la compose. (Delpech, Paget, Verneuil.)

Ces causes générales d'altérations locales, on ne les trouve

(1)Voir Alquié, *de l'Influence des constitutions, des tempéraments et des diathèses sur le caractère et le traitement des maladies chirurgicales.* Th. d'agrégat.; Montpellier, 1839.

Chrestien, *des Maladies chirurgicales endémiques.* Th. d'agrég.; Montpellier, 1842.

pas toujours ; on doit toujours les trouver : c'est là notre conviction profonde. Si la démonstration clinique n'est point encore faite, s'il est encore des maladies dont on ne connaît que la lésion et le symptôme, c'est que l'on s'absorbe encore trop dans la contemplation de l'état local.

Quand on ne voit dans l'homme que des transformations de matière et de mouvement, on ne songe à étudier que les altérations de cette matière, les troubles de ce mouvement ; on oublie l'altération dynamique, la viciation de l'ensemble, l'altération vitale, l'affection en un mot, qui fait l'unité de la maladie. Des oublis de ce genre ont caractérisé l'anatomisme. Il a vécu sur l'apophthegme de Bichat (1) : « *Qu'est-ce que la maladie, si l'on méconnaît le siége ?* » Il est même allé plus loin; il a dit, avec Laënnec : « *Il y a autant de maladies que de lésions* » ; et c'est avec ce faux principe de pathologie générale qu'il a erré.

Voyez pour la tuberculose : les anciens, avec Morton et notre Sauvages, divisaient la phthisie d'après la notion de cause; Laënnec la divise d'après la notion de lésion. Ne trouvant qu'une lésion, il dit : « Il n'y a qu'une phthisie. » Les Allemands, trouvant deux lésions, disent : « Il y a deux phthisies. » L'Ecole française, avec Thaon et Grancher, ne trouve qu'une lésion et redevient uniciste, mais pas à la façon de Laënnec. Au lieu de faire de tout une tumeur spécifique, Grancher fait de tout une inflammation. Renversant la dualité de Virchow, il rétablit l'unité de Broussais ; et, avec lui, l'anatomie patholo-

(1) Voy. Peter, *Leçons cliniques*, t. I.

gique se déclare impuissante à décider de l'unité ou de la multiplicité de la phthisie.

Voyez pour le *système nerveux* : « Qu'il s'agisse, dit Luys (1), » des troubles de l'ataxie locomotrice, de la paralysie géné- » rale, de la sclérose en plaques, c'est toujours le même élé- » ment fondamental qui est en jeu; c'est toujours la même » activité morbide des éléments de la névroglie qui prolifère » sur place et s'organise en plaques indurées. » Tout est donc ramené à une lésion identique. Comment trouver dans ce fonds commun de maladies si diverses les éléments d'une seule distinction nosologique ?

Quelle différence histologique existe-t-il entre les produits des diverses diathèses (2) ? Est-il possible, dans l'état actuel de la science micrographique, de distinguer un tubercule d'une gomme ? Pourra-t-on, en face d'une articulation enflammée, diagnostiquer l'arthropathie nerveuse ou syphilitique ? Et pourtant quelle différence de traitement ! De ces deux arthrites, l'une résistera, l'autre sera guérie par le mercure.

« C'est que, dit Fournier (3), l'analogie des symptômes et » des lésions ne saurait impliquer l'identité de nature, la fu- » sion nosologique de types dissemblables. »

Est-ce l'élève de l'École de Paris qui parle, ou bien est-ce l'élève de Montpellier ? N'est-ce pas plutôt le clinicien qui, ayant plus étudié dans le livre de la nature que dans le livre

(1) *Société des hôpitaux,* 1878.
(2) Voy. John Tibbits, *the Lancet,* 1877.
(3) *Progrès médical,* t. V, 1877.

du maître, ne conclut qu'après avoir vu et épuré le système au creuset de la clinique?

La clinique seule peut, en effet, nous fournir les éléments de distinction nosologique, nous permettre de caractériser une maladie que la lésion ne saurait caractériser.

Et comment se caractérise une maladie?

« On la définit, dit Grasset (*des Fluxions de poitrine de na-* » *ture catarrhale*), comme on définit une espèce : par sa nais- » sance, sa vie ou sa mort, ses origines, son développement » et sa fin, son étiologie, ses marches et ses terminaisons.

» Et, de même que c'est dans la génération, dans les fonc- » tions de reproduction, que l'on trouve les caractères les plus » élevés de classification, de même c'est dans l'étiologie et la » pathogénie que l'on trouve les signes distinctifs d'une ma- » ladie. »

Mais, pour arriver à démontrer quelque chose dans ce chapitre si obscur de la pathogénie, il faut prendre divers états généraux dont l'origine soit nette et l'existence indiscutée; puis montrer comment ils réalisent, dans les divers organes, les lésions et les symptômes.

C'est là une étude grande, belle, pleine de promesses, pleine aussi de difficultés. Elle est appelée à faire, en médecine, le pendant de l'œuvre de Delpech, que Verneuil poursuit depuis douze ans et qu'il considère comme le plus beau monument élevé par le XIXe siècle à la chirurgie.

Parmi ces états généraux, *nous avons choisi la syphilis*, qui, par son origine et par ses manifestations multiples, se prête le mieux à une étude exacte, complète et variée. La syphilis

devrait, dit Andral, servir de clef à toute la pathologie. «C'est, » ajoute Lancereaux, un type morbide que l'on ne peut trop » étudier; pour le pathologiste, elle est un modèle qui lui per- » met de mieux comprendre les autres maladies. » Nous y trouvons, en effet, tous les caractères de la diathèse : chronique, constitutionnelle, héréditaire, assimilable au tempérament, tantôt en acte, tantôt en puissance, elle évolue dans la famille comme dans l'individu, se livrant à des actes morbides multiples et renaissants.

C'est l'étude de ses actes morbides médullaires que nous avons choisie, et cela pour deux raisons :

1° *Nous abordions d'une façon nouvelle un sujet nouveau.* L'application des découvertes expérimentales de Longet, Marshall Hall, Schif, Claude Bernard, Vulpian, à la pathologie spinale, est, en effet, toute récente. Elle vient d'être entreprise par Turck, Rokitansky et l'école de la Salpêtrière.

2° *Nous faisions une œuvre clinique et nous donnions à notre travail une couleur thérapeutique.* Il est sans doute intéressant de savoir que le malade a une myélite hémilatérale ou transverse, mais il est encore plus intéressant de savoir s'il en guérira. Faire avec Bichat un diagnostic de siége est bon; faire avec Barthez un diagnostic de nature est mieux. Les anciens sautaient du symptôme à l'état morbide; les modernes sautent trop du symptôme à la lésion. Il faut aller du symptôme à la lésion, et de la lésion remonter à l'état morbide qui la produit. La supériorité est à celui qui, parcourant ces diverses étapes du véritable diagnostic, reconnaît l'existence de la sclérose médullaire, remonte à sa cause, syphilis, et la guérit par l'iodure de potassium.

Du reste, il s'opère à cette heure un retour général vers ces idées montpelliéraines. La génération actuelle tend à remplacer le système qui exclut tout et vise à simplifier, par la doctrine qui accepte toute vérité et trouve l'art difficile. On cherche de toutes parts à rattacher les maladies locales aux états généraux. Voyez l'article *Angine* de Peter : les divisions sont fondées sur l'étude des causes ; il y a autant d'espèces de lésions pharyngées que de causes susceptibles de les provoquer. Prenez la classification qu'il en donne, appliquez-la à la bronchite, à la conjonctivite, à la laryngite, à la pneumonie, et vous aurez un plan général de description tout tracé.

Ce qui est vrai pour les autres organes est aussi vrai pour la moelle. Ce qui prouve que les diverses myélites ne sont pas des entités pathologiques, mais de simples états anatomiques liés à des causes différentes, c'est que ces maladies sont symptomatiques d'autres maladies, de la syphilis par exemple. Une variole ne sera jamais symptomatique d'une syphilis.

Ce qui le montre encore, c'est la fusion chez un même individu des groupes morbides appelés *ataxie*, *atrophie musculaire*, etc., etc. Un malade de l'Hôpital général présente, à cette heure, de l'ataxie et de l'hémianesthésie. Un syphilitique de Mauriac offrait, superposés, les symptômes de la paralysie labio-glosso-laryngée, de l'atrophie et du *tabes*.

Ces maladies étaient-elles superposées, comme le pensait Duchenne ? Non, il faut admettre que l'on avait affaire à une localisation bulbo-spinale d'une syphilis.

Ce qui est vrai pour la syphilis est vrai pour d'autres affections. La démonstation se poursuit et s'achève. Potain décrit

des atrophies musculaires goutteuses; Déjerine note des lésions des cornes antérieures de la moelle dans la paralysie diphthéritique; Mora décrit le rhumatisme spinal.

Ce mouvement existe aussi à l'étranger, et c'est pour en résumer les résultats, surtout en Angleterre, que nous avons entrepris ce travail.

Nous ne dissimulerons pas les difficultés que nous avons rencontrées. Il n'existe sur ce sujet que des faits arides et des observations isolées. Les thèses qui effleurent la question présentent des réunions d'observations et non des classifications d'observations. Les ranger dans un cadre qui nous est personnel, à côté d'observations personnelles, selon les données les plus récentes de la physiologie médullaire, tel est le but que nous nous sommes proposé. C'est, avant tout, l'œuvre d'un élève que nous présentons. Qu'il nous soit permis d'espérer que, malgré les imperfections de notre travail, dues à notre âge et à notre inexpérience, nos Maîtres voudront bien tenir compte de nos efforts.

« Il faudra être bien convaincu que, dans les sciences en-
» core aussi peu avancées que le sont la physiologie et la mé-
» decine, le point principal est d'indiquer ou d'ébaucher une
» question nouvelle. » (Cl. Bernard, *Leçons sur les substances toxiques et médicamenteuses.* — Avant-propos.)

BIBLIOGRAPHIE

I

1519. — Ulrich de Hutten. Voy. Aphrodisiacus de Gruner, p. 130. Genevæ, 1778.

1559. — Ruiz Diaz de Isla. En casa de Robertis. Sevilla, in-fol.

1736. — Astruc. De Morbo ven., lib. iv, cap. 3. Il signale l'épilepsie et les paralysies et insiste sur la difficulté de guérir ces dernières.

1634. — Thierry de Hery. La Méthode curatoire de la maladie vénérienne.

1679. — Bonet. Sepulchretum, lib. IV, sect. ix. Addimentum. Gommes cérébrales, p. 1669.

1773. — Van Swieten. Comment. in Boerhaavii Aphorismos.

1776. — Lalouette. Nouvelle Méthode de traiter les maladies vénériennes. Tremblement syphilitique.

1786. — Cirillo (Traité des maladies vénériennes). Deux paraplégies et une paralysie générale guéries par le sublimé en frictions. Note l'existence de convulsions dans les membres inférieurs.

1797. — Portal (Observations sur la nature et le traitement du rachitis). Syphilis, paraplégie convulsive et mort. Carie des vertèbres dorsales.

1804. — Prost. Médecine éclairée par l'ouverture des corps, t. II, p. 59. Paris.

1819. — Houstet. Mémoires de l'Académie de chirurgie (1810). Observations sur une paraplégie d'origine vénérienne. Paraplégie, amblyopie. Guérison par frictions mercurielles et gouttes du général Lamothe.

1826. — Devergie. Clinique des maladies syphilitiques, p. 157. Tremblement et anesthésie hémiplégique.

1834. — Lallemand. Recherches anat.-path. sur l'encéphale. Paris, t. III, p. 105.

1836. — Ch. Bell. The Nervous System of human body, with an appendix of cases and consultations on nervous diseases. London.

1849. — Greppo (Gazette méd. de Lyon). Tremblement et ataxie des membres inf. guéris par antisyphilitiques. 15 août.

1842. — Récamier. Paraplégie avec douleurs lombaires sans déformation, guérie par pilules Dupuytren (Hôtel-Dieu). (Bedel, thèse de Strasbourg.)

Id. Ricord. Paraplégie sans lésion macroscopique.

1845. — Dittrich. Prager Vierteljahrschrift, t. IV, p. 97.

Id. J. Rauch de Grœtz (Œstreichische medizinische Wochenschrift. — Wien). Paralysie générale guérie par le traitement mixte.

1849. — Godelier. — Société médicale de Strasbourg.

1847. — Rayer. Syphilis cérébrale et méningienne. Annales de thépeutique, t. V.

1849. — Knorre (Syphilitische Læhmungen. Deutsche Klinick. Myélo-méningite syphilitique. Six cas de paralysies diverses.

1850. — Schutzemberger (Gaz. méd. de Strasbourg). Tremblement, contractures, céphalée, troubles de la vue et de l'ouïe, guéris par le mercure et les pilules d'Hufeland.

1851. — Bedel. Thèse de Strasbourg. Un cas de paralysie guérie par les mercuriaux.

Id. Lucas Championnière. Hémiplégie, paralysie de l'oculomoteur commun, paraplégie, anesthésie. Disparition par traitement spécifique, puis réapparition soudaine des accidents. Deux paralysies générales guéries par le mercure.

1851. — Deval (Traité de l'amaurose). Un cas d'amaurose accompagné de paralysie.

Id. Journal de méd. et de chirurgie pratiques. 1851.

1852. — Read (Dublin quarterly Journal, 1852). Amaurose et paralysie générale ; amélioration rapide au bout de huit jours de traitement spécifique.

1854. — Yvaren. Des Métamorphoses de la syphilis (Gazette médicale de Lyon).

1853. — Melchior Robert (Traité des maladies vénériennes). Paraplégie guérie par l'iodure de potassium.

1855. — Faurès. Gazette hebdomadaire et Soc. méd. Toulouse.

1857. — Thompson (Journal connaissances méd.). Paralysie générale progressive guérie en quatre mois par les spécifiques.

1858. — Engelstedt (Ueber Syph. Aff. des Centralnervensystems, dans Behrends Syphilidologie. Erlangen). Note sur l'hyperémie des méninges de la moelle.

Id. Allain. 11 sept. (Moniteur des hôpitaux). Paraplégie avec tremblement des membres supérieurs.

1859. — Van Ordt (Des Tumeurs gommeuses). Paralysie des nerfs oculo-moteurs communs. Surdité. Paraplégie commençante.

Id. Gust Bremme. De Paralysi centrali syphilidem secutâ casus singularis, descriptione illustratâ. Berlin.

Id. Rodet (Gazette de Lyon, avril). Hémiplégie, atrophie musculaire. Guérison rapide par traitement spécifique.

Id. Foville et Siredey (Gazette hebdomadaire, mars). Paralysie alterne, faciale à gauche, hémiplégique à droite. Atrophie du membre supérieur.

1856. — Gjor (Norsk Magazin, XI, p. 794, et XIX, 1856). S'est inspiré des travaux d'Yvaren. 30 observ.: 8 paraplégies, 3 monoparaplégies ; 5 guérisons. La syphilisation amena, dans un cas, guérison rapide, amélioration chez tous. Insiste sur l'absence d'exostoses vertébrales.

1854. — Gilde Meester and Hoyack (Nederl. Weekblad., jan. 1854, p. 23). Lésions artérielles dans la syphilis.

1850. — Rodet. Myélite guérie en cinq mois et demi, par l'iodure de potassium.

1860. — Lagneau (Maladies syphilit. du syst. nerveux). Deux observations de paralysie, un cas d'amaurose se compliquant de paraplégie. — Paralysie générale à forme spinale.

Id. Valdemar-Steenberg. Kjöbeuhaven, 1860 (analysé *in* Medico-chirurg. Review, 1861): 147 cas de syphilis nerveuse, 37 autopsies, 29 de l'hôpital de Copenhague. A examiné la moelle dans 13 cas. Dans 3 observ., ramollissement bien marqué à la région dorsale, au niveau de la deuxième et de la troisième vertèbres.

Chez 20, paraplégie; 3 monoparaplégies à droite, 1 à gauche.

Chez 34, troubles de la miction; chez 18, incontinence des matières féeales.

1860. — Griesinger (Archiv. der Heilkunde) décrit la méningite syphilitique.

Id. Beyran. On Syphil. Paral. (Schmidt's Jahrb., nov. 23).

1861. — Ladreit de la Charrière. Thèse de Paris, n° 569. 18 observations de paraplégie, 4 personnelles.

Id. Gros et Lancereaux. Des Affections nerveuses syphilitiques. Paris, 1861.

Id. Jackson et Hutchinson (Med. Times and Gazette, june 22, p. 648.) Myélite par compression, dans un cas de syphilis héréditaire.

Id. Leubuscher et Henoch (Communication à la Société de médecine de Berlin. Analysé *in* Gazette hebd., 1861). Deux paraplégies dans la syphilis congénitale.

1861. — S. Wilks. Med. Times and Gaz., t. II, p. 85.

1861. — Mac Dowel. Dublin quarterly Journal, n. 5, XXXII, p. 321.

1862. — Zambaco. Des Aff. nerv. syphil. Paris.

Id. Sonrel (Thèse de Strasbourg). Paralysies syphilitiques.

Id. Russel. Med. Times and Gaz. feb. 8, 1862, et oct. 17, 1864.

Id. Wilks. Edinburgh medical Journal. Analyse.

1862. — Passavant. Syphilitische Læhmungen (Virchow's Archiv, XXV).

1863. — WAGNER. Das Syphilom des Nervensystems (Archiv. der Heilkunde).

Id. SCHUPP. Chronisch. Hirnkrankheit mit beziehung zur constitutionnel. Syphilis (Deutsche Klinik, 22 et 23).

Id. S. WILKS. On the Syphilitic Affections of internal organs (Guy's Hospital Reports, 3e série, IX, p. 1, 1863).

Id. TH. READE. Tertiary Syphilis (Dublin Journal, XXXVI, p. 324, et British med. Journal, july 23; 1870).

Id. LEVEN (Bulletin Soc. biolog., 1863). Titubation et parésie des membres inférieurs; strabisme convergent. Guérison en six semaines par le mercure.

Id. Year-book of medicine and surgery. Analyse des ouvrages de Wilks, de Zambaco, de Passavant. — Arch. f. pathol. Anat., XXV, p. 151, et Slodokowsky, Paraplegia (St.-Pétersb. med. Zeitschr.).

1864. — HÉRARD. Gaz. hebd., p. 501.

Id. LEVEN. Gaz. med. de Paris, 1864.

1864. — LANCEREAUX. Syphilis viscérale (Gaz. hebd., 1). Gommes cérébrales; sclérose descendante de la pyramide ant. et du cordon ant. latéral.

Id. JAKSCH. Ueber Syphilis innerer Organis. (Prager Med. Wochenschrift, t. I, 1864, et Schm. Jahrb., t. CXXII, p. 298).

Id. E. WINGE. Meningitis spinalis gummosa (Norsk Magazin, XVIII, 1, p. 34).

1865. — WINGE (Dublin med. Press. 2nd series, IX, 659). Paraplégies syphilitiques. Examen microscopique de la moelle.

Id. J.-H. MATHIAS. Un cas de syphilis tertiaire (thèse de Strasbourg).

Id. BR. SEQUARD. Leçons sur les paralysies des membres inférieurs.

1866. — W. MOORE. Paralysie syphilitique et son traitement (the Dublin quart. Journal of med. science, may). Deux cas de paraplégie guéries par le mercure.

1867. — FOLET, *in* Bull. de thérap. Hémiparaplégie avec hémianesthésie croisée, guérie par le traitement mixte (t. LXXIII, p. 90).

1867. — CHEVALET. Paralysie ascendante aiguë, guérie par les onctions mercurielles (Bullet. thérap., *ibid.*, p. 77).

Id. Archives de médecine belge, 1868. Paraplégie guérie par l'iodure de potassium.

Id. HUTCHINSON (J.). Amer. Journal, n. 5, CXXIII, p. 86.

1868. — DAVIDOGLOU. Syphilis du système nerveux. Thèse de Paris.

Id. MOORE. Brit. med. J., 4 july, 1868.

1868. — HESS. Zur Diagnose der Hirnsyphilis. Inaug. Diss. Zurich.

Id. RAMSKILL. Cas de paralysie syphil. terminé par la mort (the Lancet, I, 26 mars et 13 mars 1869).

Id. HUG. JACKSON. The Lancet, 17 oct. 1868 et 24 décembre 1869.

Id. W. MOXON. Contrib. à l'étude de la syphilis viscérale (Guy's Hosp. Rep., série III, t. XIII, p. 329, 1868, et the Lancet, 25 sept. 1869).

1869. — J. RUSSEL ET HUGHLINGS JACKSON. Cas d'aff. nerveuse syphil. (Med. Tim. and Gazette, june 6, p. 604).

Id. CLIFFORD ALBUTT. Cases of syphil. disease of the nervous system (Saint-Georges Hosp. Reports, t. IV, p. 44).

Id. R. PIERSON. Beitrag zur Cazuistik der Hirnsyphilis (Wien. med. Press., X, 52).

Id. O. BAYER. Heilung einer acut. ascend. spinal Paralysie unter Antisyphil. (Behandl. Archiv. der Heilkunde, vol. IX, 1869, p. 105).

1869. — WEIDNER. Ueber spinale Læhmungen. Syphilis nach. Canstatt's Jahrb.

1870. — General muscular Atrophy (the Lancet, april 23).

Id. C. RITTERHAUSEN. Die Syphilis des Gehirnes und seiner Hüllen. Inaug. Diss. Berlin.

Id. E.-L. KEYES (Syphilis of the nervous system). Trente-quatre cas, neuf paraplégies (the New-York med. Journal, november).

Id. O. HEUBNER. Ueber Hirnerkrankung der Syphilitischen (Archiv der Heilkunde, p. 272).

Id. FAID. Thèse de Paris. Analgésie syphilitique, n° 132.

1871. — LJUNGGREN ARIK. Ueber Syphilis des Gehirns und Nerven-

systems. (Archiv f. Dermat. und Syphil., p. 332, V. H, p. 509).

1871 GILKENS W.-H.-H. A case of syphilis of the nervous system, with remarks (Philadelphia med. and surgical Report).

Id. HUTCHINSON. Syphil. Diseases of nervous system (Med. and surg., Journal of med. science, july. Analysé *in* Canstatt's Jahrb).

Id. TAYLOR. A contribution to the study of syphilis of nervous system (Boston med. and surg. Journal, 21 décembre).

Id. MOXON. On Syphilitic Diseases of spinal cord (Guy's Hosp. Rep., XVI. Anal *in* Canstt's Jahrb.)

Id. MOXON. Guy's Hosp. Rep., vol. XVI, p. 217 à 240. 3e série.

Id. RAMSKILL (Annales de syphilographie, t. I). Épilepsie, démence, strabisme externe. Atrophie du bras gauche.

1871. — RUSSEL (de Birmingham). Cas de paralysie syphilitique (Med. Times and Gazette, febr. 25, p. 219).

1872. — HUGHLINGS JACKSON. Hemiplegia in patients subjects to inherited syphilis (Brit. med. Journal, may 18).

Id. OWEN REES. Remarks on nervous diseases having their origine in syphilis (Guy's Hosp. Rep., XVII).

Id. FOURNIER. La Syphilis chez la femme. Formes précoces de syphilis nerveuse (Gaz. hebd., n° 45).

Id. TOWSEND. Three Cases of syphilitic paralysis (Philadelphia med. and surg. Reports, dec. 14).

Id. BITTERLIN. De l'Hémiplégie syphilitique, thèse de Paris.

Id. MILDNER. Wien med. Wochench., XXII, 1872.

Id. HALE. Cas de paralysie syphilitique (the American Journal of syphil. and dermat., oct. 1872).

Id. APARICIO. Tremblement syphilitique. Th. de Paris, n° 438 (Archives de médecine navale, t. XVIII, p. 199; 1872).

Id. BERKELEY HILL. Parésie des membres inférieurs (Bulletin de thérap).

Id. MAURIAC. Paraplégie. Ramollissement de la moelle ; région dorsale.

1873. — RUSSEL. Chronic general Meningitis (Med. Times and Gazette, oct. 25).

1873. — LANCEREAUX. De l'Encéphalite et de la Méningite syphilitiques (Gaz. hebd., n° 32).

Id. CHOMELEY. Syphilitic Paralysis, with marked local muscular wasting (Brit. med. Journal, feb. 15).

Id. BUZZARD. On Paralysis, Convulsions and others (the Lancet, febr. 22). Nervous Symptoms in syphilitic subjects. Paraplégie succédant à hémiplégie. Paralysie des sphincters. Guérison en un mois par l'iodure de potassium.

Id. REYNOLDS (G.-B.). Syphilitic Paralysis (Philadelphia med. and surg. Reports, march 22).

Id. PETROW. Veränderungen der sympathischen Nerven bei constitutioneller Syphilis (Virchow's Archiv, Bd.57, S.121).

Id. CHARCOT ET GOMBAULT. Sur un Cas de lésions disséminées des centres nerveux observées chez une femme syphilitique (Archiv. physiol., t. V, p. 143; 1873).

Id. KRAUS. Gehirnsyphilis (Allgemeine Wiener Medicinzeitung, N° 10).

Id. BROADBENT (Lettsomian Lectures). Localisation nerveuse de la syphilis.

1874. — BROADBENT. Syphilis as a cause of disease of the nervous system (Brit. med. Journal; the Lancet, february, 10 and 24).—Syphilis assimilée à une fièvre éruptive. Myélites syphilitiques de la période secondaire à évolution rapide.

Id. BROUARDEL. De quelques Cas d'accidents syphilitiques qui peuvent amener la mort (Gaz. hôpitaux, n°s 39, 41, 43).

Id. BRUBERGER. Ein Fall von Meningitis Syphilitica (Virchow's Archiv, Bd LX, S. 285).

Id. BUZZARD (Clinical Aspects of syphilitic affect. London). 37 cas. Coïncidence de phénomènes cérébraux et médullaires.

Id. BEDER ALBERT. Beitrage zur Casuistick syphilitischer Affectionen des Centralnervensystems (Vierteljahrsschrift, p. 29).

Id. LÉPINE. Revue *in* Gaz. med. Paris, n° 14, avril 4.

Id. HEUBNER. Artérite syphilitique. Leipsig, 1874. —50 observ.

Id. YESPERSEN (Copenhague). 123 cas de syphilis nerveuse.

Id. RUSSEL. Syphilis constitutionnelle, ataxie, difficulté de la

parole, paralysie de la face (Med. Times and Gaz. London, 25 nov.)

1875. — CARTER.—A case of syphilitic diseases of the nervous system (the Lancet, 24 july).

Id. HUGUENIN. Ueber Hirnsyphilis. Correspondenzblatt der Schweizerærzte. (V. Jahrgang, n° 4, n. f. f.)

Id. MAURIAC. Mémoire sur les affections précoces du système nerveux (Annales de dermat. et syphil., t. VI, n° 3.)

Id. VIALLE. Paraplégies syphilitiques. Thèse de Paris, n° 375.

Id. RABOT. Lésions syphilitiques des artères cérébrales. Thèse de Paris, n° 239.

Id. HEUBNER. Centralb., p. 301; 1875.

Id DRESCHFELD (the Practitioner, 1875, may.) Ataxie améliorée par l'iodure de potassium. Lésion syphilitique péribulbaire.

Id. HUGHLINGS JACKSON. The Journal of mental science, 1875.

Id. LYMAN (the Boston med. and surg. Journal). Myélite terminée par guérison sous l'influence d'un traitement spécifique. Coïncidence de migraine et de chorée.

Id. CASPARY. Berlin, Wochenklin. 1875; 11 oct., n° 41, p. 553.

Id. RICHET. Paraplégie avec amaigrissement des membres inférieurs.

1876. — HOMOLLE (Progrès médical). Méningo-myélite diffuse syphilitique. Autopsie. Exam. microscopique.

Id. DEJERINE ET GOETZ. Paralysie ascendante aiguë chez un syphilitique. Aucune lésion de la moelle.

Id. FOURNIER. Ataxie syphilitique. 24 fois sur 30 (Annales de dermatologie, 1876).

Id. WESTPHALL (Charité-Annalen, p. 420. Paraplégie). Contractures, démence.Dégénérescence grise, en plaques, du cerveau et de la moelle.

Id. BROADBENT. Illustrations of syphilitic affections of the brain (the Lancet, december, p. 813).

1876. — JAMES R. LANE. Harveian Lectures on syphilis, delivered at the Harveian Society, dec. 1876.

1877. — FOURNIER (Progrès médical, t. V). De la Pseudo-Paralysie générale syphilitique.

Id. LANCEREAUX. Congrès du Havre. Lésions syphilitiques des artères.

Id. Pathological Society. Discussions sur la syphilis viscérale, analysées *in* the Lancet, march and december.

Id. BUZZARD. Syphilitic Paraplegia. Appearance of an ulcerating syphiloderm under iodine treatment, recovery under the influence of mercury (the Lancet).

Id. HUGHLINGS JACKSON (the Lancet, 1877, 31 mars, p. 457). Atheromatous and syphilitic Disease of cerebral arteries; London Hospital.

Id. GREENFIELD. Specimens and drawings of a small syphilitic gummatous tumour on the anterior cerebral artery. Pathological Society (the Lancet, nov. 24, 1877).

Id. BARLOW-THOS. Changes in vessels in congenital syphilis. Pathological Society of London, may 1877.

Id. MAURIAC. Syphilis gommeuse précoce (Progrès médical).

Id. MAURIAC. Aphasie intermittente avec hémiplégie droite; paralysie labio-glosso-laryngée chez les syphilitiques (Gazette hebdomadaire, 1876-77, *passim*).

1878. — PHILIPSON (the Lancet, mars 1878). Two Cases of syphilitic paraplegia. Newcastle-on-Tyne infirmary.

Id. PRYSDALE. Medical Society of London, april 1878. Syphilis as a cause of aphasia and ataxy.

DES

MYÉLITES

SYPHILITIQUES

HISTORIQUE

Quand on parcourt les travaux publiés depuis quatre siècles sur les manifestations diverses et variées de la syphilis, on s'étonne de voir étudiées si peu, si analytiquement et si tard, les localisations de cette diathèse sur la moelle épinière.

Des difficultés cliniques, anatomiques et doctrinales, ont longtemps entravé leur recherche : il fallait, pour compléter leur histoire, la découverte de l'iodure de potassium, qui fonda la syphilis tertiaire, le perfectionnement de l'anatomie pathologique et, enfin, la disparition de cette division funeste de

l'art de guérir qui, inaugurée par Hippocrate, finit à Delpech et à Verneuil. Longtemps, en effet, la syphilis fut considérée comme une maladie chirurgicale ; on oubliait alors d'y rattacher ces lésions viscérales multiples dont nous connaissons aujourd'hui l'importance et la gravité.

A ces obstacles généraux se joignaient des difficultés spéciales, dues au siége et aux fonctions physiologiques ou pathologiques de la moelle. Mal connue dans son rôle trophique, sensitif et moteur, elle échappait au clinicien, préoccupé d'ailleurs et troublé par l'intensité des phénomènes cérébraux qui dominaient souvent la scène. Protégée contre le scalpel par son revêtement ostéo-fibreux, elle exigeait le rachitome ; soustraite dans ses altérations aux regards de l'œil nu, elle nécessitait l'emploi du microscope ; et, alors même qu'elle lui était soumise, son examen ne donnait des résultats concluants qu'après les préparations minutieuses d'une technique raffinée.

Aussi l'enfantement de nos connaissances en syphilis médullaire fut-il long et laborieux. Là, comme toujours, la clinique ouvrit la voie : nous verrons que, si elle eut le premier mot, elle doit encore juger en dernier ressort. Les expériences qu'elle réalise dans le cordon spinal sont d'une délicatesse infinie ; elle y produit des dissociations de lésions, des analyses de symptômes que la pathologie expérimentale ne saurait imiter.

I

PÉRIODE CLINIQUE. — EXTENSION EXAGÉRÉE DU DOMAINE DE LA SYPHILIS

Les syphilographes des XVIe et XVIIe siècles, guidés par des idées doctrinales auxquelles nous sommes obligés de revenir, admirent l'unité du virus syphilitique et la réalité de son ac-

tion directe sur la moelle comme sur les autres viscères. Mais leurs affirmations manquaient de base clinique : ils avançaient des faits ; ils ne les prouvaient pas.

Ulrich de Hutten nous dit, à propos de la syphilis : *Interdùm morbus in meram podagram exit, quibusdam in paralysim solvitur et apoplexiam.*

Paracelse affirme que le virus peut produire les maladies les plus variées, et notamment les paralysies ; telle était aussi l'opinion de Thierry de Héry, qui s'appesantit sur l'étude des symptômes nerveux et signale les spasmes. Astruc nous parle du tremblement des muscles et de l'atrophie de ces mêmes muscles, qu'il distingue fort bien de l'émaciation hypochondriaque.

Gervais Ucay, qui vivait à la fin du XVIIe siècle; Sanchez (1736) et Musitano (1771), notent un nombre immense de lésions syphilitiques. Ils font de la syphilis un tableau fort noir : véritable protée, elle prend les formes les plus variées et les plus terribles. Eugalénus voyait partout le scorbut ; ils voient partout la syphilis. Il suffisait alors de traîner la jambe pour être saturé de mercure.

II

PÉRIODE DE RÉACTION ET DE CIRCONSCRIPTION OUTRÉE DE LA SYPHILIS

Le bon sens clinique fit justice de ces exagérations. Van Swieten parle de paralysies syphilitiques, mais en véritable observateur. Joseph Franck signale la vérole comme une cause fréquente de paraplégie. Carrère, précurseur d'Yvaren, nous parle de ses formes dégénérées, de ses métamorphoses, et B. Bell voit la syphilis confirmée produire des paraplégies comme des amauroses. B. Bell était le premier à chercher

dans des preuves cliniques la démonstration de ses assertions, lorsque parut à Londres (1786) un livre qui devait presque faire oublier tous les autres : le *Traité de la maladie vénérienne.*

J. Hunter, assignant au virus des tissus d'élection, jeta le doute sur la réalité des manifestations admises. Broussais vint y porter la négation. Pour lui, la syphilis n'existait pas: assemblage de maladies inflammatoires diverses, elle était justiciable de la saignée. L'étude des lésions syphilitiques de la moelle s'en ressentit, et, pendant cette période, je n'ai noté aucune publication sur ce sujet important.

Le système, cette ébauche manquée de pathologie générale, tuait la science ; l'esprit d'hypothèse stérilisait l'esprit d'observation. Il est des épidémies d'idées fausses, comme il est des épidémies de maladies.

III

ÉCOLE ANATOMIQUE

Entre l'opinion des écrivains du XVIe, du XVIIe et du XVIIIe siècles, qui voyaient dans la syphilis une des sept têtes de l'hydre qui dévore l'espèce humaine (Hildenbrand), et les affirmations d'auteurs qui rétrécissaient concentriquement son domaine, où était la vérité ? L'expérience clinique, *filia temporis, non humani ingenii,* se chargea de répondre: Montpellier, avec Lallemand; l'École de Strasbourg, avec Schutzemberger, Godelier et Bedel ; l'École de Paris, avec Rayer, Récamier, Lucas Championnière et Deval, apportent des faits qui réfutent les théories. On avait jusqu'alors parlé de névralgies et de paralysies ; on insiste maintenant sur les lésions qui les produisent. Rattacher le symptôme à l'altération anatomique, voilà le but que l'on se propose et que l'on poursuit avec cet

esprit d'analyse qui a fait la force et la gloire de l'école anatomique.

IV

RETOUR AUX IDÉES ANCIENNES, AVEC YVAREN

(Traité des Métamorphoses de la syphilis)

Yvaren (1854) fit, le premier, une tentative de synthèse. Il appliqua à l'étude des manifestations nerveuses de la syphilis ces grandes idées doctrinales dissipées au souffle de Broussais, mais conservées intactes dans cette École qui est la nôtre, dans cette École où l'on n'a jamais cessé de protester, au nom de la clinique et de la vérité, contre un système contempteur de l'une et de l'autre ; où l'on osait écrire, en face de Bichat et de Laënnec, que la lésion ne fait pas la maladie ; que la notion de cause et de nature prime tout en nosologie, même celle de l'altération anatomique.

Son livre fut une réaction contre la tendance générale à restreindre le cadre de la syphilis ; il fut aussi un retour, ou plutôt une arrivée, à des opinions qui parurent neuves alors, parce qu'elles étaient anciennes et enseignées à Montpellier. L'impulsion qu'il donna se communiqua à la France et se transmit à l'étranger. Il en est d'un bon ouvrage comme d'un brillant foyer: de ses émanations, les unes rayonnent au loin, les autres rejaillissent en lumière sur la patrie.

Gjor (1856), Engelstedt (1858), Waldemar-Sternberg (1860), s'inspirent des travaux français et publient les résultats anatomiques, statistiques, thérapeutiques, de leurs patientes recherches.

C'est là un beau temps pour l'étude de la syphilis nerveuse. En France, paraissent coup sur coup les travaux de Lacharrière, Lancereaux, Zambaco, Lagneau fils.

Les lésions microscopiques de la période tertiaire sont, seules, bien étudiées ; mais l'on arrive à cette conclusion que « *tout trouble nerveux fonctionnel peut être produit par la syphilis.* »

De par la clinique et de par l'anatomie, on est donc ramené à l'idée ancienne ; mais, cette fois, l'on apporte des preuves pour convaincre, des résultats pour étonner.

La recherche, toujours lente, d'une démonstration plus complète, est alors entreprise par nos laborieux voisins. Passavant, Wagner, Jacksch, en Allemagne ; Wilks, Reade, Moore, en Angleterre, en accumulent les matériaux. Moxon est le premier à faire une bonne étude des lésions syphilitiques de la moelle ; il inaugure, avec Winge, l'examen microscopique de ses altérations. C'était là un pas de plus dans l'étude des myélites.

V

ÉTUDE MICROSCOPIQUE DES LÉSIONS SYPHILITIQUES DE LA MOELLE

MYÉLITES DIFFUSES ET MYÉLITES SYSTÉMATISÉES

Les développements de la technique microscopique, l'emploi des durcissements et des colorations, la connaissance plus approfondie de la pathologie médullaire, sont mis à profit par l'École de la Salpêtrière pour prouver l'existence de myélites diffuses et de myélites systématisées. Dejérine publie, dans les *Archives de physiologie*, une observation remarquable d'atrophie musculaire syphilitique, avec lésion limitée aux grandes cellules motrices des cornes antérieures de la moelle.

Fournier vient ensuite, qui cherche à démontrer l'existence bien réelle d'ataxies syphilitiques, existence que Duchenne et Moore admettaient avant lui, que les travaux de Drysdale (*Me-*

dical Society of London) viennent récemment de confirmer (mai 1878).

Ces myélites diffuses et systématisées pouvaient-elles apparaître à la *période secondaire ?* Déjà Rodet avait vu l'atrophie musculaire survenir quelques jours après un chancre, coexister avec lui et céder au même traitement. Plusieurs observations analogues existaient çà et là, disséminées dans les recueils périodiques. Broadbent, en 1874, les a réunies pour en faire une catégorie bien distincte par ses lésions, son pronostic et sa marche. Homolle (*Progrès médical*) et Philipson (*the Lancet*, march 1878) sont venus en confirmer la réalité clinique et anatomique.

Enfin un dernier pas est fait : c'est l'étude des lésions médullaires et nerveuses dans la *syphilis congénitale.* Potain avait noté la sclérose de la moelle; Leubuscher avait guéri des paraplégies syphilitiques chez des nouveau-nés ; l'école anglaise, avec Barlow et Dowse, porte dans leur étude l'analyse clinique et microscopique (*Path. Soc. Transact.*, 1877-1878).

On voit par ces dernières dates combien ce sujet est à l'ordre du jour chez nos voisins d'outre-Manche. Il suffit de suivre les discussions qui ont eu lieu et qui se poursuivent encore dans les *Pathological*, — *Clinical*, — *Royal medical and chirurgical Societies*, pour reconnaître combien ces questions sont étudiées par les cliniciens anglais, dont le sens pratique est si développé. Nous avons été même frappé de voir leur tendance générale à revenir vers les idées des Astruc, des Fernel, des Hunter, sur l'unicité chancreuse.

Jusqu'ici aucun essai de systématisation, aucune tentative de classification des myélites syphilitiques, n'avait été tenté; nous l'essayons aujourd'hui, disant avec Cicéron et plus convaincu que lui : « *Versabor in re difficili, eam ut potero explicabo.* »

Nous présentons un cadre plutôt qu'un tableau; mais dans ce cadre nous avons fait entrer, suivant leurs lésions ou leurs symptômes, les observations qui nous ont paru remarquables et concluantes. Ces observations sont de plusieurs ordres : les unes, avec examen microscopique de la moelle, appartiennent surtout à l'Ecole de la Salpêtrière; les autres, avec guérison par les spécifiques, ont été choisies dans les publications anglaises ou allemandes.

Nous publions, enfin, l'histoire clinique de douze maladies syphilitiques de la moelle, que les hasards ou les bonnes fortunes de la clinique ont offertes à notre observation pendant notre stage et durant notre internat.

Au point de vue doctrinal, nous admettons, contrairement à l'opinion d'Hughlings Jackson, une action directe de la diathèse syphilitique sur la moelle. Ceci est, du reste, conforme aux idées de notre École et de nos Maîtres. Les consultations des médecins de Montpellier, leurs formules vulgaires contre les maladies rebelles, leurs écrits, sont là pour attester que, même lors de la plus grande vogue de la doctrine physiologique, l'idée de spécificité de la syphilis n'a été nullement mise en doute. Jamais l'on n'a douté, dans notre pays, qu'elle ne pût donner lieu directement à l'inflammation cérébrale (Lallemand), médullaire ou méningienne, inflammation qui prenait, dès lors, la nature syphilitique sans qu'il y eût de symptômes ni de lésions pathognomoniques. Il n'est pas, du reste, de signe ni de lésion pathognomonique (Fr. Bérard). C'est peut-être là, dit M. Grasset, la seule loi absolue en clinique. Vouloir caractériser une maladie, quelle qu'elle soit, par un signe, quel qu'il soit, est une prétention ridicule, que l'avenir détruit tôt ou tard. (*Monographie du cancer de la rate;* Montpellier, 1874.)

ÉTIOLOGIE

La syphilis joue un rôle immense dans la pathologie nerveuse: sur 100 aliénés, 60 en sont atteints ; sur 100 paralysés, 20 en ont été frappés.

Quelles sont donc les causes de sa localisation, si fréquente et si grave, sur un système qui constitue une sorte de milieu intérieur diffusé dans l'économie tout entière, où il préside aux échanges de matière et de force?

Un virus de nature inconnue donne la syphilis ; l'économie vivante la réalise; l'action voulue ou subie du milieu extérieur la localise. Étudions successivement ces trois points:

SYPHILIS ACQUISE

1° La *provenance* du virus est sans influence, et Valdemar Stemberg a vu un homme affecté de syphilis nerveuse donner à une femme une maladie qui n'eut aucune localisation cérébro-spinale.

2° *La forme de l'accident primitif a-t-elle une action localisatrice?* Et, d'abord, les différentes formes de l'accident primitif constituent-elles des espèces distinctes, ou bien sont-

elles des manifestations d'un seul et même virus, comme le prétendaient les anciens? Le dualisme, tel que l'a compris Bassereau, a longtemps paru, à Montpellier, fondé sur des preuves insuffisantes.

En Angleterre, Wilks, Hutchinson, Paget, sont unicistes. *Duality is died!* s'écriait dernièrement l'un d'eux, représentant le plus autorisé de la syphiliographie anglaise. Et James Lane (*Harveian Society*, 1877), tout en reconnaissant que les dualistes avaient servi la science en mettant bien en relief les différences de deux variétés d'accidents syphilitiques, ajoute que le chancre mixte est le dernier effort de leur théorie aux abois. L'hypothèse, dit-il, n'est pas sortie des faits; ce sont les faits qui sont sortis de l'hypothèse. Pour lui comme pour Vidal, Langlebert, Melchior Robert, Fournier, etc., le chancre mou peut être suivi, ainsi que le chancre dur, d'accidents constitutionnels; leur diagnostic, surtout chez la femme, est impossible. On doit admettre leur identité de nature, tout en acceptant la distinction de deux variétés utiles en clinique, comme signes de deux degrés distincts d'une même intoxication.

« Il ne faut donc pas, dit Wilks, écrire : « Le malade a eu un » chancre mou ou dur », mais bien : « Le malade a eu la syphilis. » Ce mot seul commande la thérapeutique. Le dualisme ou trinitisme chancreux ne constitue-t-il pas en effet, à ce dernier point de vue, la plus dangereuse des doctrines, puisqu'elle endort le praticien sur le moelleux oreiller d'une sécurité trompeuse?

Concluons que l'apparition d'éruptions générales est seule caractéristique. L'accident le plus léger peut donner naissance à une syphilis grave : tout dépend du terrain sur lequel le virus est appelé à germer. (Fournier, *Soc. des hôpitaux*, nov. 1877.)

La thèse de Lacharrière nous montre une paraplégie, sur-

venue après un chancre mou, guérie par les spécifiques. Notre observation III est un exemple de myélite avec atrophie musculaire, apparue à la suite d'un chancre mou suivi d'accidents secondaires.

3° *A quelle époque de l'infection débutent les accidents médullaires?* — Mauriac les a vus survenir trois mois, Heubner et Keyes six mois, après l'accident primitif. Jespersen assigne la quatrième année pour l'apparition des formes spinales de la paralysie générale. Broadbent et Buzzard, dans des statistiques importantes, donnent une moyenne de cinq ans. Fournier, dans ses *Leçons sur la syphilis cérébrale*, parle de 30 ans.

En général, les myélites débutent de la deuxième à la dixième année. C'est ce que viennent confirmer nos observations personnelles et celles que nous avons pu consulter : nos ataxiques ont été atteints vers la sixième année de l'infection, nos paraplégiques vers la deuxième.

4° *Combien de temps après la disparition des accidents secondaires surviennent les localisations spinales?* — Sur 89 malades, Valdemar en compte 22 chez lesquels les éruptions secondaires avaient disparu depuis neuf à deux ans; 10 en étaient débarrassés depuis un an ou depuis quelques mois; 8 avaient encore des manifestations; 48 avaient présenté successivement des accidents secondaires et tertiaires.

Toutes nos observations notent la présence, à un moment donné, de lésions secondaires; une seule fait mention d'altérations tertiaires, Les éruptions généralisées avaient été rares et très-peu intenses, et les malades précisaient mal l'époque exacte de leur disparition.

5° *Périodes de la syphilis.* — *a)* Le cas de Rodet est, à ma connaissance, le seul qui constate la coexistence d'un chancre

récent et d'une atrophie musculaire. L'observation de Mauriac, où la localisation spinale survint trois mois après l'infection, peut en être rapprochée.

Quelquefois, d'ailleurs, les accidents secondaires peuvent manquer; tel est le cas de Lacharrière : un malade, qui a eu un chancre à dix-sept ans, sans accidents constitutionnels, est frappé à trente-quatre de paraplégie avec difficulté d'uriner, et guérit par les antisyphilitiques.

b) Myélites de la période secondaire. — L'histoire des lésions nerveuses à la période secondaire manque de faits et de dates, disait Hutchinson. Aujourd'hui, grâce aux travaux et aux observations de Broadbent, Wilks, Homolle et Philipson, cette étude, que Vidal et Lanceraux avaient commencée, se perfectionne et se complète.

Broadbent (1874) assimile ces myélites aux complications viscérales de la variole, à sa période d'éruption générale. Ce sont, dit-il, des manifestations d'intoxication aiguë ; et il fait ressortir, à ce sujet, l'analogie remarquable qui existe entre la syphilis et les fièvres éruptives.

Ces myélites affectent en général la *forme diffuse*. Elles se propagent en effet par la névroglie, dont les éléments sont à l'état embryonnaire. Superficielles, souvent elles constituent des méningo-myélites, comme dans le cas d'Homolle.

Leur *début* est assez brusque; parfois sans autres prodromes qu'une céphalée intense et un état général fébrile subaigu.

Leurs *tendances* sont envahissantes : tel est le cas de Chevalet et le nôtre. Leurs *symptômes* sont plutôt bruyants que dangereux; leur *marche* est rapide vers le bien comme vers le mal : telle est l'observation de paralysie ascendante aiguë de Déjerine.

Elles sont facilement vaincues par une *thérapeutique* rationnelle, encouragée ici par les données de l'anatomie, qui trop souvent ailleurs conduit au scepticisme le plus complet.

Un *pronostic* peu sévère en découle : c'est alors, dit Trousseau, que le mercure produit des merveilles bien propres à enthousiasmer le praticien. Il est à remarquer que, comme le tissu conjonctif n'est point totalement passé à l'état adulte, comme il n'y a ni destruction complète, ni tubes nerveux, ni cicatrices consécutives, les *convalescences* sont courtes et les *récidives* sont rares.

C'est bien ce que confirment l'observation suivante et les résultats obtenus par Philipson dans deux cas analogues, que nous citons plus bas.

Observation Ire

Myélite diffuse subaiguë à la période secondaire d'une syphilis. — Début, marche, guérison rapide. — Traitement mixte.

Armand François, garçon de café, à Béziers, âgé de vingt-quatre ans, entre le 25 janvier 1878 à l'hôpital Saint-Éloi, où il est couché au n° 10 de la salle Saint-Vincent, clinique médicale, service de M. le professeur Combal.

Né à Alby, de parents inconnus, il n'a éprouvé aucune maladie aiguë, chronique ou diathésique. Vers l'âge de douze ans, il tombe d'un arbre élevé et reste quelque temps étourdi par le choc ; il n'observe aucun phénomène paralytique, et les douleurs disparaissent au bout de quelques jours.

Devenu garçon de café à Montpellier, puis à Béziers, il contracte à vingt et un ans une blennorrhagie qui disparaît vite.

A vingt-deux ans survient, vingt jours après un coït suspect, un chancre dur au gland, avec pléiade ganglionnaire non suppurée, indolente et bilatérale. Quinze jours après, il entre à l'hôpital de Béziers, où l'on institue un traitement qui est poursuivi d'une façon très-irrégulière. Le chancre avait disparu depuis vingt jours lorsque apparaissent à la gorge des plaques muqueuses, puis une syphilide pustuleuse qu'il compare à la variole. Elle couvre les membres, la poitrine et le dos, et disparaît par les bains sulfureux.

Plus tard, enfin, le malade est atteint d'une syphilide ulcéreuse, dont on voit encore sur les membres inférieurs et supérieurs les cicatrices déprimées, pigmentées et indélébiles.

Toute manifestation cutanée avait disparu, et notre homme se croyait guéri, lorsque, le 4 janvier 1878, sans excès de marche, de vin ou de coït, il sent ses jambes faibles; il éprouve une fatigue insolite après avoir monté des escaliers; il a de la peine à détacher les pieds du sol, surtout le pied droit. Il apprécie pourtant les qualités du terrain.

Le 15 janvier, la jambe gauche est prise complétement à son tour, et c'est avec des béquilles que le malade entre à l'hôpital de Béziers. Il s'aperçoit alors, pour la première fois, que ses jambes sautent toutes seules et malgré lui, qu'il ne les sent pas, non plus que les inégalités du sol. Il croit avoir au bassin un poids immense, qui l'oblige à s'affaisser malgré lui.

En même temps les phénomènes douloureux s'accentuent à la région lombaire; il y a rétention d'urine et l'on est obligé de le sonder. Il se décide à venir à Montpellier, où, soumis à l'observation, il présente les symptômes suivants :

Myotilité. — Paraplégie incomplète, qui devient absolue dans les trois jours suivants. La station est impossible alors. Le malade prend ses jambes avec ses mains lorsqu'il veut les changer de place.

La nuit, surviennent dans les membres inférieurs des secousses soudaines; il n'y a et il n'y a jamais eu de contractures ou de trépidation épileptoïde.

La paralysie abdominale et intestinale produit une tympanite considérable, qui gêne la respiration et préoccupe le malade.

Sensibilité. — Il existe une *zone d'analgésie* aux deux pieds : le malade se brûle le gros orteil gauche au poêle sans rien ressentir. La sensibilité tactile est moins émoussée que la sensibilité à la douleur. Le chatouillement de la plante des pieds n'est pas perçu.

Au niveau des jambes et des cuisses, des deux côtés, la sensibilité est diminuée.

Il y a une *zone d'hyperesthésie* douloureuse et tactile au niveau des nerfs qui partent au-dessus du renflement lombaire ; point douloureux à ce niveau ; douleur en ceinture sous-costale, allant du point poephysaire au creux épigastrique.

Au-dessus, tout est normal.

Les *réflexes* sont singulièrement exagérés: quand on pique, il n'y a d'abord aucune réaction ; mais, au bout de huit secondes pour les pieds, de sept pour la cuisse, on observe la contraction réflexe des muscles de la jambe. Si la piqûre est forte, la jambe opposée saute par loi de symétrie.

Le tonus réflexe du col vésical est augmenté : il y a miction par regorgement quand le cathétérisme n'est point pratiqué. La sonde n'est pas sentie le long du canal; la douleur ne se produit que quand l'on franchit le sphincter de la vessie. Il s'écoule une urine claire et abondante. La constipation est opiniâtre, la défécation impossible: le malade va par lavements, depuis son dernier séjour à l'hôpital de Béziers.

Viscères. — Aucun trouble respiratoire ; un peu de dyspnée consécutive au météorisme. Rien au cœur. Jamais de phénomènes fébriles persistants, ce qui n'a point empêché la maladie d'évoluer avec cette rapidité caractéristique des lésions nerveuses de la syphilis secondaire. On ne trouve aucun signe d'altération cérébrale ; le malade se rappelle pourtant avoir eu une amblyopie passagère.

M. le professeur Combal, songeant à une localisation de la diathèse syphilitique sur la moelle, institue, dès l'entrée du patient, un traitement mixte par le sirop de Boutigny.

A partir de ce moment, l'évolution du mal se divise naturellement en deux périodes :

1° *Une première période d'aggravation,* alors que le médicament n'a pas eu le temps d'agir ;

2° *Une période de rétrocession salutaire et rapide,* pendant laquelle le remède agit en spécifique sur une affection spécifique.

Le 5 février. — Douleur spontanée et provoquée au niveau de la septième cervicale ; ascension de la zone d'hyperesthésie jusqu'aux deux mamelons ; ascension de la zone d'anesthésie jusqu'au bas-ventre. Exagération des réflexes, sensibilité pervertie aux membres inférieurs. Il sent un froid aux pieds continu ; il y porte la main, et il est tout étonné de les trouver chauds.

Le 8. — L'hyperesthésie douloureuse bilatérale est à deux travers de doigt de la clavicule; la zone primitivement hypéresthésiée ne l'est plus; la douleur vertébrale s'exagère spontanément et à la pression. On prescrit quatre ventouses scarifiées à ce niveau.

9 février. — Les soubresauts des jambes augmentent d'étendue et de fréquence depuis trois jours; toutes les trois minutes, il y a contraction brusque et alternative, avec prédominance dans le membre gauche : la piqûre de la plante des pieds la produit. La zone d'hyperesthésie a dépassé la clavicule à droite; à gauche, elle est à son niveau.

L'*æsthésiomètre* donne: *cuisse gauche:* côté interne, 5 centimètres; côté externe, 8; — *jambe :* côté interne, 4 centimètres; externe, 5; — *pied:* côté interne, 4 centimètres; externe, 5; — *cuisse droite :* côté interne, 8 centimètres; externe, 4; — *jambe :* en dehors, 5 centimètres; en dedans, 2.

Je note l'existence d'une ceinture d'hyperesthésie douloureuse tout autour d'une piqûre faite la veille. *Ventre*, 4 centimètres des deux côtés et dans les deux sens. *Thorax:* l'hyperesthésie, douloureuse au simple contact, rend l'examen difficile : 5 centimètres des deux côtés.

La tête et les bras ne présentent rien d'anormal.

Ainsi la sensibilité tactile est conservée, mais diminuée et pervertie.

Ce jour-là, le cathétérisme est impossible ; comme il provoque une légère hémorrhagie, on croit à une fausse route. Le soir même, frisson intense; 39°,8, avec claquement de dents et accès complet. Injection hypodermique avec 1 gramme de sulfate de quinine.

Le lendemain, 40°,1; l'accès, qui a commencé vers trois heures du matin, finit à trois heures (37°,4) pour ne plus reparaître.

Le 11. — M. le professeur Combal constate que l'hyperesthésie s'est généralisée; les phénomènes médullaires sont à leur summun.

En effet, le lendemain, la rétrocession s'accentue, l'hyperesthésie est à la clavicule. Les jambes sont agitées pourtant et empêchent le malade de dormir.

Le 13. - Il peut remuer un peu sa jambe gauche; les soubresauts sont moins fréquents, surtout le jour; le décubitus lævo-latéral les supprime.

14. La jambe droite commence à se mouvoir à volonté, l'hyperes-

thésie descend, et l'anesthésie, qui n'avait jamais été complète, diminue à l'hypogastre.

16. — Le malade a pu se lever sur son séant, ce qu'il n'avait encore pu faire; il s'est même maintenu, avec des aides, dans la station debout durant quelques instants.

Il peut changer ses jambes et les croiser dans son lit; le tympanisme a diminué, surtout à droite.

La sensibilité est presque normale aux membres inférieurs; il reste encore un peu d'hyperesthésie au thorax, surtout à gauche; quelques soubresauts la nuit. Le malade fait observer que sa jambe gauche, guérie la première, a été paralysée la dernière.

19. – L'attention est attirée sur une petite eschare qui s'était développée sournoisement depuis quelques jours. Large comme une pièce de 20 francs, elle siége à l'extrémité supérieure du pli interfessier, et se compose d'une partie centrale grisâtre et d'une partie périphérique érythémateuse.

Elle est peu douloureuse et préoccupe peu le malade, qui songe plutôt à deux excoriations situées à la partie saillante des fesses, et qui nous ont paru être dues au contact de l'urine et au décubitus.

Le 20. — La marche est possible à l'aide d'une chaise; la miction par regorgement persiste; il n'y a plus incontinence des matières fécales.

21. — L'hyperesthésie disparaît avec la douleur vertébrale; l'état général s'améliore; la miction commence à se régulariser.

23. — Le malade se promène dans les salles avec une canne.

25. — Il peut aller et venir sans appui. Il urine bien, mais assez fréquemment (5 à 6 fois par nuit); son eschare guérit et se cicatrise.

Il sort guéri vers la fin du mois, sans aucun symptôme médullaire. Sa maladie avait duré un mois et demi; l'amélioration s'était montrée quinze jours après l'institution d'un traitement rationnel; la guérison complète s'était faite ensuite au bout de dix jours.

c.) Myélites de la période tertiaire. — Nous préférerions au mot de *syphilis tertiaire* le mot *syphilis ancienne*. Lancereaux l'appelle à tort période de productions gommeuses, puisque

Hutchinson a vu des gommes miliaires survenir à la période secondaire. Ce dernier compare les accidents tertiaires aux complications viscérales de la convalescence de la variole (1). Ce qui prouve, dit-il, que la syphilis cesse alors d'être une maladie du sang, c'est que les manifestations ne sont plus symétriques et que la transmission héréditaire n'a pas lieu. Il importe peu, dit Buzzard, de chercher à différencier les stades; la ligne de démarcation n'existe point. Wilhs (*Guy's Hosp. Reports*) va plus loin : « Les lésions tertiaires sont la conséquence de la persistance des lésions secondaires. A la période d'éruption générale, il se produit dans les viscères un exsudat albumino-fibrineux et des proliférations cellulaires, que le microscope ne peut différencier de celles d'une inflammation ordinaire. Ce tissu, bassement organisé, peut se résoudre par l'administration du mercure ou de l'iodure, qui agissent en absorbants et non en spécifiques. S'il persiste, il passe à l'état adulte et constitue la gomme, dont aucun caractère n'est pathognomonique, mais dont la forme, le siége et l'évolution présentent quelque chose de spécial (2).»

La nature, en effet, n'est pas toujours classique et s'accommode peu de nos distinctions théoriques. C'est par transitions insensibles qu'elle procède, dans les espèces nosologiques comme dans les espèces naturelles. M. le professeur Combal a vu, chez une personne d'un tempérament lymphatique, les accidents tertiaires et secondaires survenir simultanément quinze jours après l'éruption locale. Nous avons observé nous-même la coexistence d'une roséole et de plusieurs exostoses, la coïncidence de gommes et d'éruptions généralisées. Tout en reconnaissant l'utilité pratique de la distinction des divers stades, il est impossible, en face des faits, de séparer toujours ce que la nature unit souvent.

(1) Gomme ou abcès, c'est toujours de l'inflammation.

(2) Voir *Year-book of medicine and surgery*, 1863.

Les myélites tertiaires présentent toutefois certains caractères spéciaux.

Leurs *prodromes* sont longs. Les troubles urinaires donnent souvent l'éveil ; puis survient une parésie progressive, qui aboutit à la paraplégie incomplète ou totale.

Insidieuses à leur *début*, elles laissent souvent la sensibilité persister, ainsi que les réflexes. Souvent, en effet, la sclérose laisse intacts dans son épaisseur (Charcot) des tubes nerveux ou des *cylinder axis* qui suffisent, d'après Vulpian, à la transmission de la sensation.

Pendant leur *évolution* lentement progressive, les phénomènes de perversion et de dépression dominent, tandis que, dans les myélites de la période secondaire, les symptômes d'excitation et d'exagération sont plus marqués.

Leur *pronostic* s'aggrave par l'ancienneté du mal, par l'existence de *lésions profondes* à type scléreux, qui entraînent la désintégration granulo-graisseuse des éléments nerveux qu'elles compriment, enfin par la production de myélites systématisées. Il résulte, en effet, de nos observations, que l'ataxie locomotrice apparaît beaucoup plus tard que les autres myélites : c'est une manifestation de la syphilis ancienne.

Lorsque les myélites systématisées surviennent au stade secondaire, on a en général affaire à des syphilis malignes, comme le cas de Déjerine nous en offre un exemple frappant. Les myélites systématisées ayant toujours été l'opprobre de la médecine, il ne faut pas s'étonner que le *traitement* spécifique soit quelquefois impuissant. Les médicaments sont des modificateurs de cellules ; ce ne sont pas des facteurs de cellules.

Mais, lorsque le mercure et l'iodure de potassium ne guérissent pas, ils produisent la station ou la rétrogradation du mal. On obtient alors ce *modus vivendi,* cette espèce de compromis entre la santé et la maladie, qui s'appelle l'infirmité.

6° *Influence des formes de la syphilis.* — Toutes les formes de la syphilis, dit Waldemar Stemberg, peuvent être suivies de paraplégies et d'affections nerveuses. Il résulte pourtant de nos recherches que les plaques muqueuses ont été souvent notées. Lancereaux prétend qu'il n'est pas prouvé qu'elles soient jamais suivies, quand elles sont rebelles, d'accidents viscéraux. Broadbent soutient l'opinion contraire, puisqu'il affirme que la bénignité des accidents secondaires n'est point une garantie, mais le contraire d'une garantie. Ceux-là, dit-il, ont des lésions spinales, qui ont eu des éruptions légères. Jespersen est du même avis : les syphilis bénignes, assure-t-il, précèdent souvent la paralysie générale et ses formes cérébro-spinales.

Nous admettrons donc que les éruptions multiples, abondantes et peu profondes, c'est-à-dire non malignes, préservent des localisations spinales. Dans une diathèse, dit Jaumes (*Pathologie générale*), les manifestations périphériques sont souhaitables.

7° *Influence de l'étendue des manifestations.* — J'ajouterai: *surtout quand elles sont généralisées.* Les éruptions très-étendues ont été rarement notées dans les nombreuses observations que j'ai eues sous les yeux. Chez presque tous aussi. les lésions spinales débutaient avant l'apparition des gommes, dans une période intermédiaire aux deux stades, justifiant ainsi le succès du traitement mixte.

SYPHILIS HÉRÉDITAIRE

Les altérations de la syphilis congénitale, dont la contagion, admise par Caspary, a été niée justement par Gunsbourg,

sont reconnues plus fréquentes à mesure qu'on les étudie davantage. Potain en a, le premier, signalé les lésions spinales chez l'enfant nouveau-né d'une femme syphilitique : la moelle était diminuée de volume, sans traces de division entre les deux substances ; le microscope ne put montrer ni une cellule nerveuse, ni presque aucun tube nerveux distinct; toute la moelle semblait formée de tissu conjonctif feutré et entremêlé d'une substance granuleuse abondante; le cerveau et les méninges étaient intacts.

Henoch, en 1861 (*Deutsche Klinik*, n° 6), est venu donner la confirmation clinique de ce fait. Dans une communication à la Société médicale de Berlin, il présente deux cas de paralysie syphilitique chez des nouveau-nés :

Un enfant de deux mois, atteint d'éruptions syphilitiques, de coryza et d'adénites, présente une paralysie des deux membres supérieurs prédominant sur les fléchisseurs. Il guérit par le traitement spécifique;

Un autre enfant, atteint de roséole, de coryza, de rhagades, est paralysé des extrémités supérieures ; tous les muscles sont notablement atrophiés. Il guérit par le mercure.

Ces lésions nerveuses sont encore soigneusement étudiées en Angleterre, où Hutchinson et Jackson (*Med. Times*, 1861) admettent l'existence des dépôts syphilitiques dans la moelle. Barlow a noté l'atrophie des *cylinder axis* remplacés par une génération nouvelle de cellules rondes.

Les vaisseaux atteints présentaient, ajoute-t-il, une infiltration cellulaire des tuniques adventice et musculeuse; entre l'épithélium et la membrane pénétrée s'étaient produites les modifications signalées par Heubner (*Path. Society of London*, may 1877). Dowse a confirmé ces résultats dans une observation intéressante, où des gommes furent trouvées dans la région motrice corticale, ce qui expliquait l'aphasie et la paralysie limitées du bras droit signalées durant la vie.

Le *Bulletin de therapeutique* (t. XXXVI) cite le cas d'un enfant de dix ans, devenu paraplégique avec conservation de la sensibilité de la vessie et du rectum, et guéri en dix jours par l'iodure de potassium.

Zambaco nous parle d'un homme de vingt-six ans, sans chancre antérieur, dont le père et la mère étaient syphilitiques, dont la sœur était née avec des accidents congénitaux. A douze ans, il eut une ulcération rapide du voile du palais. Le médecin de son pays lui disait qu'il avait eu trois fois la rougeole et la variole. Cet homme perd connaissance et tombe sans mouvements et sans cris. Deux mois après, il était paraplégique. Il guérit par le mercure.

La syphilis congénitale peut donc, comme la syphilis tertiaire, dont elle se rapproche, donner lieu à des myélites cervicales ou dorso-lombaires, aux divers âges de la vie.

ÉTUDE DES CAUSES LOCALISATRICES

Nous avons vu les formes, les périodes, l'intensité de la syphilis, sinon localiser, du moins modifier ses manifestations spinales. Demandons-nous maintenant pourquoi elle se fixe sur la moelle plutôt qu'ailleurs. Les causes localisatrices ont été peu étudiées jusqu'ici. On s'est borné à dire, avec Valdemar, que les sujets syphilitiques étaient prédisposés aux maladies nerveuses; avec Lancereaux, que tout ce qui excite ou déprime le système nerveux attire la lésion sur lui.

Ces causes localisatrices nous semblent en dernière analyse provenir, sauf les cas où la volonté intervient, de l'action lente ou brusque du milieu extérieur avec lequel l'organisme est en équilibre de mouvements.

Les unes en proviennent directement, les autres indirecte-

ment. Ces dernières, qui modifient la maladie après avoir modifié l'individu, sont héréditaires, physiologiques, pathologiques et thérapeutiques.

I. Causes externes directes. — 1° *Froid.* — L'action localisatrice du froid peut être prolongée ou brusque.

a) C'est un fait que les lésions spinales syphilitiques prédominent dans les climats du Nord. Les grands travaux statistiques sur ce sujet nous viennent d'Angleterre (Moxon, Broadbent), d'Irlande (Reade), du Danemark (Gjor, Jespersen), d'Allemagne (Stemberg), de Paris. L'absence de cas analogues dans les pays plus chauds provient-elle du défaut d'étude ou du manque de sujets d'étude ? Elle nous paraît provenir des deux.

Nous avons vu que le peu d'intensité des manifestations cutanées prédispose à la syphilis nerveuse. Le froid, en entraînant la rétrocession de ces exanthèmes si exubérants dans les pays chauds, n'aurait-il pas une action localisatrice ? Pourquoi nos médecins militaires ne signalent-ils aucune paraplégie syphilitique en Algérie, où la syphilis est si répandue ?

b) L'abaissement de température peut agir plus directement encore. Chez plusieurs de nos malades, la myélite a débuté en décembre ou à l'occasion d'un froid. Buzzard a vu une paraplégie syphilitique survenir par une froide nuit d'avril. Franck cite l'histoire d'un syphilitique devenu épileptique en tombant à l'eau. Le docteur Masson a vu un homme, guéri de son hémiplégie syphilitique, contracter, sous l'action d'un vent glacé, une paralysie faciale qui céda aux spécifiques.

Pourquoi le froid, qui localise une fièvre pneumonique, ne localiserait-il pas une syphilis ?

S'il se combine à l'humidité, son action n'en sera pas amoindrie.

c) Ici se place l'étude d'une foule de conditions antihygiéniques, dont Owen Rees signale l'influence.

d) La question de l'*habitat*, qui peut les résumer toutes, est multiple et difficile. Toujours est-il que les villes ont le privilége presque exclusif des localisations spinales, et, parmi les villes, les grands centres comme Paris, les ports de mer comme Londres, New-York et Copenhague. Ils ont fourni, à eux seuls, presque tous les matériaux de l'étude des myélites syphilitiques. Là, en effet, se trouvent réunies les occasions qui font contracter la syphilis et les conditions qui la localisent.

e) On peut se demander si la gravité de la syphilis importée d'un pays chaud dans un climat froid (Swediaur) a quelque influence. L'observation d'un officier de la marine que nous avons vu en février 1878, dans les services de chirurgie, semblerait le prouver: atteint de syphilis aux colonies, il est frappé, à son retour, d'hémiplégie avec crises apoplectiformes. Amélioré au début par les spécifiques, il voit de nouvelles attaques mettre sa vie en péril.

2° Le *traumatisme* de la colonne vertébrale, qui y fixe les manifestations de la diathèse tuberculeuse, peut avoir une certaine action localisatrice dans la syphilis. Cette action, Lallemand l'a signalée. On peut la comparer à l'influence reconnue du traumatisme du foie. Elle peut même décider le siége primitif de la paralysie, ainsi que le montre ce cas de Moxon : un syphilique s'était cassé la jambe gauche sept ans avant sa paraplégie ; cette dernière débute à gauche.

II. Causes localisatrices indirectes. — 1° Les conditions héréditaires sont difficiles à rechercher et impossibles à suivre dans les hôpitaux. Ceux-là seuls peuvent les étudier avec profit pour la science, qui combinent, comme M. le professeur Combal, Teissier (de Lyon), et Guénau de Mussy, la pratique ci-

vile la plus étendue à la pratique hospitalière la plus sagace.

Nous avons toutefois noté, dans un cas du nervosisme chez la mère, des congestions cérébrales fréquentes chez le père; dans un autre cas, l'idiotie chez la sœur. Lallemand parle de migraine; Zambaco, d'apoplexie chez le père.

Heubner cite la paralysie infantile.

En général, on trouve une prédisposition héréditaire plus ou moins nette qui se manifeste avant les accidents, soit par le nervosisme de Bouchut, soit par l'*hyperexcitability* de Bell. Beaucoup de nos malades présentaient un tempérament nerveux ou lymphatico-nerveux.

3° Ceci nous conduit à l'étude des *conditions physiologiques* communes à plusieurs individus, comme l'âge ou le sexe; ou particulières à certains, comme les professions, les habitudes.

Age.— Dreschfeldt et Buzzard s'accordent à admettre que les localisations nerveuses surviennent de 25 à 30 ans; Broadbent, de 30 à 40; Stemberg, de 20 à 30. Nos observations nous donnent la moyenne de 25 à 35 ans.

Sexe. — Sur tous les cas analysés dans ce travail, nous n'en présentons que trois ayant trait à des femmes. Valdemar, sur 89 lésions nerveuses syphilitiques, n'en signale que 3 chez des femmes. La femme, en général, s'expose moins à la syphilis et aux causes qui la localisent.

La *race blanche* paraît plus fréquemment atteinte; mais la race nègre n'est point épargnée. Lorenzo Hales (*Revue de Hayem*) parle d'un nègre atteint de paraplégie syphilitique.

L'*influence de la suractivité fonctionnelle* de la moelle, produite par les excès ou par les exigences des professions, est indéniable. Divisons pour mieux étudier :

a) *Suractivité du système moteur.* — Les excès de fonctionnement des membres inférieurs sont des causes localisatrices

de premier ordre ; les extrémités supérieures, qui travaillent moins, sont plus rarement atteintes. Les attaques de paralysie syphilitique surviennent, dit Owen Rees, après les grandes fatigues. Dans l'observation IV, l'ataxie débute à la suite de marches forcées. Les métiers qui exigent la station debout, comme ceux de facteur, garçon de café, coiffeur, pompier, sergent de ville, sont signalés fréquemment dans nos cas les plus démonstratifs. On connaît l'influence de la fatigue des muscles de la bouche dans la paralysie labio-glosso-laryngée syphilitique. La fatigue musculaire a encore plus d'action lorsqu'elle s'associe à l'épuisement sensitif, comme dans le *coït debout*, signalé par Lacharrière dans un cas de paraplégie guérie par le mercure.

b) La *suractivité fonctionnelle du système sensitif* agit non-seulement pour localiser la syphilis sur la moelle, mais encore pour systématiser ses lésions dans les zones radiculaires postérieures. La présence du centre génito-spinal de Budge dans la région lombaire pourrait encore expliquer la fréquence ou la prédominance des altérations à ce niveau. Les excitations trop souvent renouvelées peuvent, dit Hallopeau, provoquer une irritation des centres, qui peut, chez un individu prédisposé (par la syphilis), aboutir à une sclérose radiculaire.

c) La *suractivité de l'appareil digestif* est produite par les excès d'aliments (stase veineuse), dont Lacharrière signale l'influence nocive, et par les excès de boisson.

Bassereau avait noté la précocité des syphilides sous l'influence de l'alcool, que Boërhaave disait contraire à la vérole; Lancereaux avait vu des exostoses se produire après chaque libation copieuse. Jespersen signale l'alcoolisme dans les formes spinales de la paralysie générale. Moore nous parle d'un paraplégique qui, guéri, eut une récidive après des excès alcooliques.

Notons, enfin, que plusieurs de nos paralysés avaient été garçons de café : ils se trouvaient alors à la source.

d) La *suractivité fonctionnelle du système intellectuel et affectif* paraît avoir ici une action moins marquée que dans la syphilis cérébrale. Duchenne l'a pourtant signalée, avec la syphilis, comme cause d'ataxie.

Le cas de Rodet en est un exemple : Un homme entre à l'Antiquaille pour syphilides et céphalée opiniâtres. Un mois après, à la suite d'une émotion, survient une paraplégie, guérie en cinq mois par l'iodure de potassium.

L'étude de ces causes qui conduisent à la maladie par l'abus de la physiologie et le mépris de l'hygiène nous conduit à traiter des *causes prédisposantes pathologiques.*

Nous serons bref sur ce point, car, lorsque deux causes pathogéniques s'associent, la confusion règne. La goutte peut produire l'atrophie musculaire (Potain), et Ollivier a vu dans les méninges spinales des dépôts d'urate de soude. Le rhumatisme entraîne des paraplégies. Quand des diathèses se combinent dans la production d'un effet, comment faire la part de chacune d'elles ? Ces complications se rencontrent à chaque pas dans la pratique, et font de l'étiologie la question la plus obscure de la pathologie. C'est pour cela que nous avons choisi la syphilis (la maladie la plus claire comme cause et comme évolution), et, parmi les cas de syphilis, des observations nettes, privées en général d'antécédents diathésiques.

L'on peut pourtant établir que les maladies concomitantes agissent par l'épuisement de l'économie ; elles rentrent dans les causes localisatrices déprimantes de Lancereaux, débilitantes d'Owen Rees.

La syphilis, au lieu de produire directement et d'emblée des lésions de la moelle, peut les entraîner d'une manière

détournée. Les myélites peuvent être secondaires à des lésions cérébrales avec encéphalite syphilitique ou productions gommeuses. La lésion importe peu, pourvu qu'elle soit destructrice des éléments nerveux. Il y a alors des dégénérescences consécutives, systématisées aux pyramides antérieures et au cordon latéral du côté opposé (cas de Lancereaux).

On conçoit de même que l'irritation chronique d'un nerf par une gomme entraîne la production d'une névrite ascendante et d'une myélite, aussi bien que la manifestation d'une névrite descendante et d'une atrophie musculaire (Charcot).

Les exostoses de la colonne, signalées par Minich (de Padoue), mais excessivement rares, ainsi que Gjor l'a montré, ainsi que le prouvent les observations que nous avons consultées, peuvent, comme les gommes des méninges, entraîner la production d'une myélite transverse, par compression lente de la moelle épinière (Charcot).

Le mal de Pott syphilitique, signalé par Portal (1798), Dupuytren et Montfalcon, produit aussi des paraplégies, par le mécanisme de la pachyméningite qui l'accompagne (Michaud).

Nous arrivons à l'étude des causes localisatrices qui tiennent aux *traitements antérieurs*.

La localisation nerveuse provient, dit Stemberg, du traitement qui a été institué trop tôt ou trop tard, à l'aide de trop ou de trop peu de spécifiques. Julien va plus loin : d'après lui, ce ne sont pas les vices du traitement, c'est le mercure lui-même qui localise. Sur 237 cas de syphilis, 59 n'ont pas été traités et n'ont eu aucun accident nerveux; 47 ont pris du mercure *ab initio* et donné lieu à 7 localisations cérébro-spinales, 111 ont pris du mercure *à secundariis* et ont offert 11 lésions des centres nerveux. 7 d'entre eux avaient été soumis à l'iodure de potassium : ils n'ont rien présenté de semblable.

La statistique de Stemberg vient à la décharge du mercure. Sur 89 lésions nerveuses, 48 avaient été traitées par ce remède, 25 n'avaient subi aucun traitement.

Il résulte de nos observations que tous nos malades avaient été traités, mais incomplétement. C'est à cette thérapeutique fautive, plutôt qu'au mercure, qu'il faut attribuer les localisations spinales. Les statistiques de Diday et de Julien ne prouvent rien, car aucun de ces auteurs n'indique suffisamment à quels individus et à quelles conditions a été donné le mercure. Le mercure, d'ailleurs, n'est pas infaillible. « Par remède » spécifique, on doit entendre, dit M. le professeur Dupré, non » pas ceux qui guérissent toujours, mais ceux qui agissent » directement contre un état morbide particulier et bien dé- » terminé, de manière à le détruire complétement ou à le di- » minuer sans aucune secousse. » (*De la Spécificité dans les maladies*. Thèse de concours pour l'agrégation ; Montpellier, 1839.)

FORMES CLINIQUES ET ANATOMIQUES

DE LA SYPHILIS SPINALE

Actionem lædi necesse est, instrumento efficiente illam quomodolibet læso.
(GALEN.)

Localisée sur la moelle, la syphilis y produit des inflammations qui participent de sa nature et de son traitement, sans posséder de caractéristique anatomique. Il n'est pas, en effet, de lésion réactif certain d'une diathèse (John Tibbitz, *the Lancet*, 1877). Comme l'alcoolisme (Lancereaux) et l'impaludisme (Grasset), elle a une préférence pour le tissu conjonctif, qui s'enflamme en myélites diffuses, soit circonscrites comme les gommes, soit généralisées comme les scléroses ordinaires.

Peut-elle affecter primitivement les éléments nerveux?

Hughlings Jackson le nie, comme il nie l'existence de toute myélite diffuse, n'en ayant, dit-il, jamais vu à l'autopsie. Lancereaux va jusqu'à admettre la réalité de ces dernières (1). Mais, pour lui, les myélites systématisées n'existent pas, puisque la syphilis ne s'en prend qu'aux tissus provenant du feuillet conjonctivo-musculaire du blastoderme.

Or c'est un fait que la vérole ne limite pas ses ravages au feuillet moyen, dont le parablaste, d'après His, ne participerait pas à la segmentation ; elle atteint aussi les éléments nobles

(1) *Traité de la syphilis*, p. 370, 2e édition.

qui proviennent du disque proligère, ou archiblaste, qui a subi la segmentation. Le psoriasis syphilitique existe aussi bien que la papule ou la gomme, et Leloir vient de décrire l'altération vacuolaire du protoplasma des cellules épidermiques qui recouvrent les végétations vénériennes ou les plaques muqueuses. (*Soc. biologie* et *Union médicale*, 1878, 15 juin.)

Que les diathèses, produits de l'association à long terme de la vie hygide et de la vie pathologique, comme la scrofule, le rhumatisme, la syphilis, aiment le tissu conjonctif, qui, par sa vitalité faible et son rôle passif, leur est plus accessible, soit; mais les épithéliums ne sont pas indemnes, et Kuss (de Strasbourg), enlevé à la science avant que son École fût arrachée à la patrie, avait même fondé là-dessus les indications du mercure, remède des épithéliums; de l'iodure de potassium, remède des proliférations conjonctives.

Pourquoi la syphilis, qui frappe les lames épidermiques provenant du feuillet corné, n'atteindrait-elle pas aussi directement les lames médullaires du même feuillet?

Pourquoi ne lèserait-elle pas les cellules nerveuses comme les cellules épithéliales, dont les analogies pathologiques sont si frappantes?

Irrités, les éléments nerveux subissent, comme les éléments épidermiques, l'infiltration albuminoïde du protoplasma. A l'inverse des éléments conjonctifs, ils ont peu de tendance à proliférer et à suppurer; mais ils subissent fréquemment tous deux les dégénérescences granulo-graisseuses ou pigmentaires et l'altération vacuolaire.

Enfin la clinique est là, qui nous montre l'existence de lésions directes limitées aux cornes antérieures (Dejérine) et l'existence de myélites systématisées aux cordons latéraux et postérieurs. Ces myélites systématisées n'ont pas de symptômes propres, dira-t-on ; mais y a-t-il des symptômes pathognomoniques? Derrière un symptôme et une lésion iden-

tiques, il faut voir la nature du mal, qui n'est pas identique. De deux scléroses semblables par leur aspect, l'une est incurable, l'autre guérit par l'iodure de potassium. Pourquoi fusionnerait-on, en nosologie, des types si différents?

Lallemand admettait une encéphalite spécifique; Griesinger, une méningite spécifique. Nous admettrons une myélite spécifique interstitielle ou parenchymateuse.

ATROPHIES MUSCULAIRES SYPHILITIQUES

Ainsi que Charcot l'a démontré, les cellules multipolaires des cornes antérieures de la moelle ont une action motrice et trophique. Ces deux propriétés s'exercent sur les muscles par l'intermédiaire des nerfs moteurs. Quand ces organites de la substance grise sont détruites, il en résulte une atrophie beaucoup plus rapide que celle de l'inertie fonctionnelle. Cette atrophie est analytique, comme si les parties élémentaires de chaque muscle et de chaque fibre étaient successivement décrochées (Hayem) de leur centre trophique.

Astruc signale, le premier, l'atrophie musculaire dans la syphilis. Il la distingue de l'émaciation hypochondriaque, tout comme van Swieten sépare l'amaigrissement des phthisiques de l'atrophie qui frappe les muscles.

Niepce, Rodet, Dejérine, viennent ensuite, qui complètent cette étude, rendue difficile par la rareté des observations.

Étiologie.—C'est que la syphilis est contractée, d'ordinaire, à un âge adulte. Or la période de développement est celle où les éléments nerveux ont le plus de tendance à s'enflammer.

Aussi les individus atteints d'atrophie syphilitique sont-ils

relativement jeunes. Leubuscher et Henoch ont noté une atrophie généralisée chez un nouveau-né atteint de syphilis congénitale. La femme dont parle Dejérine avait vingt-cinq ans.

Les formes malignes ont tendance à la produire ; tel est le cas dont nous venons de parler, où Hardy diagnostiqua une vérole maligne.

L'observation de Rodet nous la montre sous une forme précoce.

La coïncidence entre la profession des malades (menuisier, garçon de café) et le début par les membres inférieurs est aussi à noter.

En général, le *traitement* a été nul ou mal institué dès le début, comme l'indiquent les observations de Rodet, de Dejérine et la nôtre.

Comme dans la plupart des lésions syphilitiques de la moelle, les *symptômes* ne sont pas toujours classiques. Ainsi, dans le cas de Dejérine, il y a paralysie des sphincters, ce que l'on n'observe pas dans l'atrophie progressive ordinaire.

La sensibilité peut être altérée, comme dans nos deux cas. Ce fait, d'ailleurs, n'est pas très-rare, puisque Vulpian a noté l'existence de douleurs dans la paralysie spinale des enfants, puisque Couty a signalé l'hyperesthésie.

Les *tendances* étaient envahissantes chez la malade de Dejérine et dans notre observation II.

La myélite, dans ce dernier cas, a débuté par la région lombaire, au lieu de frapper les membres supérieurs ; elle affecta une marche ascendante.

Cette *marche* peut être aiguë. Tel est le cas de Rodet :

Il s'agit d'un malade porteur d'un chancre récent, sans manifestations constitutionnelles. Il se plaint de contractures dans la main droite et de difficulté pour écrire. On constate une diminution des masses musculaires du thénar et de l'hypothénar. Bientôt les membres inférieurs et les mollets sont atrophiés.

En peu de temps, le malade, sous l'influence du mal, perd 15 kilogr. de son poids. On note des contractions fibrillaires dans les muscles atrophiés. Alors les plaques muqueuses apparaissent. Le mercure administré reste sans effet, mais l'iodure de potassium entraîne une guérison rapide.

La téphromyélite primitive antérieure peut être *subaiguë*, comme dans l'observation suivante, que nous résumons et que nous donnons comme type.

Dejérine. — Atrophie musculaire et paraplégie des membres inférieurs, d'origine syphilitique. – Atrophie simple, altération vacuolaire et pigmentaire des cellules motrices des cornes antérieures du renflement lombaire.

Pas d'inflammation de la névroglie; substance blanche intacte, canal central oblitéré par son épithélium. (*Archiv. de physiol.*, 1876.)

Il s'agit d'une femme de vingt-six ans, syphilitique, ayant eu, il y a six semaines, les premières manifestations cutanées. Deux mois avant son entrée, elle note un affaiblissement dans les membres inférieurs, avec douleurs très-vives ; peu à peu, la marche devient impossible.

Elle se présente avec un ecthyma généralisé et une cachexie profonde. Hardy diagnostique une syphilis maligne précoce.

Les douleurs dans les jambes sont très-fortes et s'exaspèrent la nuit. Les membres inférieurs sont amaigris; la peau est collée aux os. Les pieds se trouvent dans l'extension forcée et passive ; la flexion et l'abduction sont impossibles. On note l'exagération des réflexes, l'hyperesthésie du mollet et du cou-de-pied, l'anesthésie légère du dos du pied et de la jambe. La contractilité faradique des membres inférieurs est très-diminuée. Les muscles sont douloureux à la pression. On soumet la malade à l'iodure de potassium.

Deux mois après, le 1er avril, on note que la paraplégie avec flaccidité est en voie de décroissance, tandis que l'atrophie musculaire est restée la même.

Le 17 avril, mort. A l'autopsie : épanchement purulent dans la plèvre gauche, granulations dans les deux poumons, une caverne du volume d'une noisette dans le sommet droit.

Tous les muscles des membres inférieurs et du bassin sont atrophiés; aucun ne présente de dégénérescence graisseuse.

Les *nerfs musculaires* présentent les lésions décrites par Vulpian à la période ultime de l'atrophie : disparition de la myéline, du *cylinder axis ;* parois de la gaîne de Schwan accolées ; renflements de distance en distance, produits par la présence de noyaux fusiformes en prolifération.

Les *gros troncs nerveux* offrent l'atrophie des tubes, avec hyperplasie intertubulaire.

La *moelle* est altérée à la région lombaire et dorsale inférieure. Les grandes cellules des cornes antérieures du renflement lombaire présentent :

1° L'*atrophie simple,* avec conservation du noyau et du nucléole et rareté des prolongements anastomotiques;

2° L'*altération vacuolaire* observée par Hayem dans les myélites consécutives à l'arrachement des nerfs;

3° L'*altération pigmentaire* avec diminution du noyau et granulations jaunes ou brunes dans le protoplasma.

Ces deux dernières dégénérescences affectent un petit nombre de cellules.

Les *racines antérieures* sont atrophiées à ce niveau, mais en moins grand nombre que ne l'eût fait supposer l'altération des nerfs musculaires.

L'évolution du mal peut enfin être chronique, comme on le verra dans l'observation suivante :

Observation II

Atrophie musculaire progressive, d'origine syphilitique

A..., garçon de café et célibataire, est âgé de trente-trois ans. Il est né à Montpellier. Son père s'est noyé; sa mère, âgée de soixante-treize ans, a eu, jadis, quelques douleurs rhumatismales dont elle ne souffre plus. Ses sœurs et ses frères vont bien. Il n'y a aucune maladie nerveuse dans sa famille.

Parmi ses *antécédents pathologiques*, on note un impetigo du cuir chevelu durant son enfance, un rhumatisme articulaire aigu à dix ans, qui envahit le genou, puis la jambe gauche. Celle-ci reste crochue pendant six mois; aujourd'hui ses articulations sont ankylosées. La rougeole est la seule maladie aiguë dont il ait été atteint.

A dix-huit ans, première blennorrhagie; à vingt-trois ans, seconde blennorrhagie ; à vingt-huit ans, troisième récidive. Vers cette époque apparaît un chancre unique, dont on voit la cicatrice à la partie supérieure du gland. Adénite inguinale gauche de deux ganglions, dont les foyers de suppuration communiquent ensemble. Le médecin-major du 1er chasseurs, où il était alors incorporé, diagnostique un chancre syphilitique, note une incubation de quinze jours et une durée de trois mois. Tout autour de l'accident primitif se développent des végétations.

Bientôt après survient une éruption à la région inférieure du thorax. Douleurs ostéocopes nocturnes.

Enfin un syphilide, dont on voit encore les maculatures livides, se montre au front, qu'elle envahit.

Deux après l'accident primitif, le malade, se sentant faible, entre en 1875 dans le service de M. le professeur Combal, qui institue un traitement mixte et un régime tonique. On n'observe pas d'accidents tertiaires, mais des douleurs nocturnes et, quelques mois plus tard, une grande gêne dans les mouvements des membres inférieurs. L'étendue, la précision et la force des contractions musculaires sont alors diminuées.

Le malade est envoyé aux eaux de Balaruc, qui déterminent, au dire du patient, une grande excitation et restent sans effet thérapeutique. A son retour, on constate une aggravation de phénomènes, et M. le professeur Combal institue de nouveau un traitement mercuriel.

Un examen attentif révèle alors l'atrophie musculaire. Le malade, qui ne peut remuer beaucoup ses jambes, passe à l'Hôpital général, où nous l'observons encore aujourd'hui.

Il nous raconte que sa cuisse gauche a commencé à maigrir la première, puis la cuisse droite a été affectée analytiquement, enfin les deux mollets ont totalement disparu. Les muscles du bassin ont alors

diminué de volume. L'épaule gauche, et bientôt après l'épaule droite, ont fini par être atteintes, et les bras se sont légèrement amoindris.

Aujourd'hui ses membres inférieurs et son bassin ont en grande partie perdu leurs masses musculaires, et cela d'une façon irrégulière : les méplats et les saillies sont transformés en creux; les tendons de la cuisse et les condyles sont devenus très-apparents ; il y a de la peau de reste partout. Les mollets et les muscles fessiers ont presque totalement disparu de ces jambes de fuseau. L'extension du tronc ne peut se faire; les épaules sont amaigries, les omoplates font saillie, et l'on passe facilement le doigt dans leurs fosses sus et sous-épineuses. Il en résulte des modifications dans l'attitude des différentes parties (ainsi, les deux pieds sont en équin, et leur axe tend à être dans le prolongement de la jambe) et une diminution dans la force des contractions et dans l'étendue des mouvements, qui sont tous possibles, excepté au membre inférieur droit, dont les articulations sont ankylosées.

On n'a pas noté de contractures, mais des séries de contractions survenant par accès dans des groupes isolés de fibres musculaires, le tout sans paralysie.

La *sensibilité* est peu atteinte; toutefois les membres inférieurs sont le siége d'une sensation de froid, et le malade ne peut toucher l'eau. Il éprouve, en outre, des douleurs nocturnes qui cessent absolument pendant le jour; il lutte alors contre une insomnie opiniâtre. La sensibilité électrique persiste aussi bien que la contractilité faradique.

Les *réflexes* ne sont pas exagérés.

On observe l'œdème des extrémités inférieures, signalé par Roberts, et un point douloureux sur les vertèbres dorsales, avec irradiations en ceinture.

Du côté de la *tête,* je note une céphalalgie frontale opiniâtre, qui augmente la nuit et disparaît presque pendant le jour. L'intelligence est lucide et la mémoire parfaite.

Le tube digestif et le poumon fonctionnent très-bien. Le pouls est à 80, petit, faible, égal. Tous les soirs, dit-il, il éprouve un chaud et froid. Le thermomètre ne s'élève pas.

La miction se fait bien ainsi que la défécation ; les urines sont claires et ne contiennent ni albumine, ni sucre. Parfois il ressent des ar-

deurs dans le canal de l'urèthre, affecté à plusieurs reprises d'inflammations aiguës et chroniques. Le malade éprouve depuis trois ans des pertes séminales rebelles à tout traitement.

Pronostic. — L'atrophie musculaire est guérissable, lorsqu'elle survient, comme chez le malade de Rodet, dans la période secondaire. Arrivée à une période avancée, elle devient inexpugnable, comme l'atrophie ordinaire. S'il faut, dans le pronostic si grave de cette dernière, faire une classe à part pour le saturnisme, nous pensons qu'il en faut agir de même pour la syphilis.

De là découle l'importance d'un *diagnostic* précoce, qui se tire plutôt des conditions générales et de l'étude des antécédents que de l'état local, qui n'a rien de pathognomonique.

AMYOTROPHIES SYPHILITIQUES SECONDAIRES

Nous avons vu la région des cornes antérieures lésée primitivement.

1° L'altération des cellules motrices peut être secondaire à une myélite diffuse, comme dans l'observation suivante, que notre excellent ami B. Apolinario, interne dans cet hôpital, nous a aidé à compléter :

Observation III

Chancre mou. — Accidents secondaires. — Paraplégie. — Atrophie musculaire consécutive limitée aux membres inférieurs. – Intégrité de la sensibilité

Deloupy (Etienne), menuisier, âgé de trente et un ans, né à Perpignan, domicilié à Montpellier, entre le 5 avril 1877 à l'hôpital St-Éloi, où il est couché au n° 9 de la salle Saint-Vincent, clinique médicale, service de M. le professeur Combal.

Antécédents héréditaires. — Sa mère est rhumatisante, sa sœur a une sciatique, son frère et son vieux père se portent bien.

Antécédents physiologiques. — D'un tempérament lymphatique, d'une faible constitution, il a toujours été souffrant dans sa jeunesse et a fait quelques excès alcooliques et génésiques à partir de vingt-cinq ans, en Afrique.

Antécédents pathologiques. — A douze ans et à vingt et un ans, deux fluxions de poitrine; ni scrofule, ni herpétisme, ni rhumatisme.

Histoire de la maladie. — Au mois de novembre 1875, il contracte un chancre mou dans le sillon balano-préputial. Phimosis ; pas d'adénite observée par le malade.

Deux mois après, éruption abondante d'érythèmes papuleux et maculeux; puis, plaques muqueuses et iritis. On le traite pendant trois mois avec l'iodure de potassium, les pilules Dupuytren et la salsepareille.

Le 7 juillet 1876, il entre à Saint-Eloi, salle Saint Victor, où il reprend, pendant soixante jours, les pilules Dupuytren et l'iodure de potassium; puis, pendant un mois, des bains de sublimé tous les deux jours et des toniques. Il en sort vers la fin de septembre et suspend tout traitement.

A la Noël, il ressent des douleurs dans les membres inférieurs, sans gonflement ni rougeur articulaires; ces douleurs augmentent la nuit. Peu à peu elles s'effacent pour faire place à de la parésie, que la descente des escaliers vient accroître. Quand sa jambe touche alors la marche de pierre, elle est prise de tremblements et de contractures. Le moindre mouvement imprévu, le moindre obstacle, lui font mesurer la terre. Il ressent des fourmillements dans la plante des pieds; ces fourmillements disparaissent un mois avant son entrée, nécessitée par sa grande faiblesse et par l'aggravation des autres symptômes.

Soumis à l'observation, il présente les phénomènes suivants :

Motilité. — Paraplégie commençante; pas d'ataxie, mais projection des jambes en dehors pendant la marche, qui est rendue difficile par un tremblement incoercible produit au contact du sol. Quand le malade est au lit ou assis, tremblement et contractures disparaissent. La percussion du tendon du triceps provoque des contractions dans les

muscles de la cuisse, surtout à gauche. Les jambes sautent parfois toutes seules et se croisent à l'insu du malade. Cette exagération des réflexes existe depuis deux mois. La contractilité faradique est conservée; le dynamomètre donne : main gauche, 42; main droite, 40.

Sensibilité. — Le malade sent le pincement, le chatouillement, la pression, le contact, la température, l'électricité, la douleur. Il connaît, les yeux fermés, la position de ses jambes, le lieu où on le pince. Il n'y a pas de retard dans la perception de ces sensations si diverses.

La pression et la percussion donnent un point douloureux dorso-lombaire. Il n'y a pas de douleurs en ceinture, mais une sensation de fourmillement passager dans les membres inférieurs.

L'*Æsthésiomètre* donne les résultats suivants : jambe, 2 ; cuisse, 2 ; abdomen, 3 ; poitrine, 4, des deux côtés.

Viscères. — Rétention d'urine depuis le mois de juillet. Frigidité; pas de pertes séminales; anorexie depuis un mois; bouche mauvaise, langue sale, recouverte d'un enduit jaunâtre ; digestion assez bonne. Il y a deux mois que le malade a des selles involontaires, non diarrhéiques et non senties.

La respiration est normale ; toux depuis le mois de septembre, par quintes, surtout la nuit.

Rien au cœur.

Quant à la nutrition générale, le malade a maigri beaucoup, surtout depuis le début des accidents ; il sent ses forces décliner de jour en jour.

M. le professeur Combal pose et remplit les trois indications suivantes :

1° *Détourner le mouvement fluxionnaire.* — Quatre boutons de feu sur la colonne, au niveau du point douloureux ;

2° *Relever les forces.* — Toniques, vin vieux ;

3° *Combattre la nature syphilitique du mal.* — Sirop de bi-iodure de mercure et de potassium, tisane de salsepareille.

Le 17 avril, un embarras gastrique fait suspendre la médication mixte, à laquelle on substitue, le 25 avril, l'iodure de potassium à doses croissantes et les frictions mercurielles.

Le 29. — Diminution des réflexes, sensibilité intacte, ce qui montre que la lésion se dirige vers les cornes antérieures de la moelle.

Le 2 mai. — Urine par gouttes depuis quelques jours. 5 grammes d'iodure de potassium.

Le 3. — Impossibilité de se tenir debout. Paraplégie complète; contractions involontaires des jambes. Douleurs dans les bras et les épaules; exagération des réflexes aux membres supérieurs. La myélite tend à prendre une marche ascendante.

Le 5. — Tremblement des jambes quand le malade essaye de se lever. Stomatite mercurielle; fièvre; un peu de congestion pulmonaire à gauche.

Le 6. — Quand on fléchit le gros doigt du pied, la jambe se contracte et se retire, alors que la volonté ne peut la mouvoir. Ce *phénomène du pied* est plus marqué à gauche : le patient est obligé, pour se lever, de prendre ses jambes l'une après l'autre dans son lit; quand il leur a fait toucher le sol, elles sont prises de contractures. Deux aides sont nécessaires pour le maintenir debout ; s'il veut alors faire un pas, son pied inerte tombe lourdement, et ce choc provoque des trépidations dans le membre correspondant.

7 mai. — 6 grammes d'iodure de potassium. On suspend les jours suivants, à cause de la *maladie du remède*. La paraplégie s'aggrave et, le 24 mai, lorsqu'on reprend l'iodure, tout mouvement volontaire est impossible. Le phénomène du pied est toujours très-net.

18 juin. — Vers le milieu de juin, l'on constate nettement que ce que le malade appelle son amaigrissement des jambes est bien de l'atrophie musculaire. La myélite, qui avait envahi les cordons latéraux, s'est propagée aux grandes cellules motrices des cornes antérieures. Les soubresauts des jambes persistent et s'exagèrent, surtout la nuit. On note des tremblements fibrillaires dans les muscles en voie d'atrophie. Ceux-ci répondent tous très-bien au courant faradique; leurs contractions sont même exagérées, et la jambe se soulève comme un ressort, lorsque l'on emploie le courant nervo-musculaire.

Le 20 juin.— L'atrophie, qui n'existe qu'aux membres inférieurs, où elle a frappé tous les muscles, est surtout remarquable aux cuisses. La peau est à ce niveau moins tendue, ridée ; les condyles et les tendons des demi-tendineux, biceps, demi-membraneux, triceps, sont très-apparents.

phie. Le pouls est à 118 pulsations. Le pneumo-gastrique paraît intact. Les digestions sont faciles. On constate une constipation légère, un peu de paresse vésicale et l'intermittence du jet de l'urine.

Il résulte de l'analyse de ces phénomènes que le noyau moteur du trijumeau est plus atteint que celui du facial. Les noyaux sensitifs sont moins endommagés, et la persistance des mouvements de déglutiton s'explique par l'intégrité relative du facial et du pneumogastrique.

On voit bien ici que les lésions sont systématiques, que la névralgie est respectée et que les cellules seules sont atrophiées (Mauriac). L'ataxie sans amyotrophie complique la maladie cérébrale.

L'étude complète de la paralysie labio-glosso-laryngée syphilitique sort des limites déjà si étendues que nous avons imposées à notre travail. Il en est de même des lésions méso-céphaliques, dont Philipson vient de rapporter un exemple remarquable (*the Lancet*, juin 1878). Elles s'expriment par des hémianesthésies et par des paralysies alternes. (Couty, Gubler.)

Nous avons vu la syphilis porter son action sur les noyaux moteurs et trophiques du système antérieur bulbo-spinal; nous allons maintenant la voir se localiser sur le système sensitif postérieur de Pierret, et y donner lieu aux lésions de l'ataxie locomotrice.

ATAXIES SYPHILITIQUES

Historique. — Duchenne, dans son *Mémoire magistral* de 1858, avait attiré l'attention sur la fréquence de la syphilis dans l'ataxie locomotrice progressive, type clinique qu'il venait d'arracher au chaos de la paralysie générale. Il fait même observer que les douleurs s'exaspéraient la nuit; mais, en l'ab-

sence de signes pathognomoniques et voyant toute médication spécifique impuissante entre ses mains, il n'insiste pas.

L'année suivante, 1859, Greppo (*Gazette méd. de Lyon*, août) cite un cas d'ataxie des membres inférieurs guéri par les antisyphilitiques.

En 1866, Moore (*Dublin quart. Journal*) publie l'observation que nous reproduisons plus bas, et obtient par l'iodure de potassium un succès complet.

Dreschfeld (*the Practitionner*, 1875) parle d'un ataxique atteint de syphilis et guéri presque entièrement par le même remède.

Fournier, dans son travail sur l'ataxie syphilitique, montre que, s'il n'y a pas de signes spéciaux, on ne doit pas s'étonner; la cirrhose syphilitique, généralement admise, n'a pas non plus de symptômes propres. La syphilis accompagne, d'ailleurs, trop souvent l'ataxie pour être une simple coïncidence.

Sur 30 ataxiques de Fournier, 24 avaient la syphilis; Ferréol l'a notée 6 fois sur 11; Siredey, 6 fois sur 10. Sur 14 observations d'ataxiques rédigées par nous dans le courant de nos études médicales, nous trouvons signalés 8 fois des antécédents syphilitiques.

Drysdale vient enfin, dans un travail remarquable (*Medical Society of London*, april 1878), confirmer cette étiologie. Il n'y a pas de raison, dit-il, pour que la syphilis, dont les lésions sont si souvent scléreuses, ne produise pas la sclérose des zones radiculaires postérieures.

Comme Fournier, il a vu s'arrêter et guérir, sous l'influence de l'iodure de potassium à hautes doses, cette maladie réputée incurable. Dans la discussion qu'a soulevée son étude, Wiltshire et Bloxam ont fortement appuyé son opinion. Ce dernier a été témoin, à Charing-Cross Hospital, de plusieurs guérisons définitives d'ataxie syphilitique.

phie. Le pouls est à 118 pulsations. Le pneumo-gastrique paraît intact. Les digestions sont faciles. On constate une constipation légère, un peu de paresse vésicale et l'intermittence du jet de l'urine.

Il résulte de l'analyse de ces phénomènes que le noyau moteur du trijumeau est plus atteint que celui du facial. Les noyaux sensitifs sont moins endommagés, et la persistance des mouvements de déglutiton s'explique par l'intégrité relative du facial et du pneumogastrique.

On voit bien ici que les lésions sont systématiques, que la névralgie est respectée et que les cellules seules sont atrophiées (Mauriac). L'ataxie sans amyotrophie complique la maladie cérébrale.

L'étude complète de la paralysie labio-glosso-laryngée syphilitique sort des limites déjà si étendues que nous avons imposées à notre travail. Il en est de même des lésions méso-céphaliques, dont Philipson vient de rapporter un exemple remarquable (*the Lancet*, juin 1878). Elles s'expriment par des hémianesthésies et par des paralysies alternes. (Couty, Gubler.)

Nous avons vu la syphilis porter son action sur les noyaux moteurs et trophiques du système antérieur bulbo-spinal; nous allons maintenant la voir se localiser sur le système sensitif postérieur de Pierret, et y donner lieu aux lésions de l'ataxie locomotrice.

ATAXIES SYPHILITIQUES

Historique. — Duchenne, dans son *Mémoire magistral* de 1858, avait attiré l'attention sur la fréquence de la syphilis dans l'ataxie locomotrice progressive, type clinique qu'il venait d'arracher au chaos de la paralysie générale. Il fait même observer que les douleurs s'exaspéraient la nuit; mais, en l'ab-

sence de signes pathognomoniques et voyant toute médication spécifique impuissante entre ses mains, il n'insiste pas.

L'année suivante, 1859, Greppo (*Gazette méd. de Lyon*, août) cite un cas d'ataxie des membres inférieurs guéri par les antisyphilitiques.

En 1866, Moore (*Dublin quart. Journal*) publie l'observation que nous reproduisons plus bas, et obtient par l'iodure de potassium un succès complet.

Dreschfeld (*the Practitionner*, 1875) parle d'un ataxique atteint de syphilis et guéri presque entièrement par le même remède.

Fournier, dans son travail sur l'ataxie syphilitique, montre que, s'il n'y a pas de signes spéciaux, on ne doit pas s'étonner; la cirrhose syphilitique, généralement admise, n'a pas non plus de symptômes propres. La syphilis accompagne, d'ailleurs, trop souvent l'ataxie pour être une simple coïncidence.

Sur 30 ataxiques de Fournier, 24 avaient la syphilis; Ferréol l'a notée 6 fois sur 11; Siredey, 6 fois sur 10. Sur 14 observations d'ataxiques rédigées par nous dans le courant de nos études médicales, nous trouvons signalés 8 fois des antécédents syphilitiques.

Drysdale vient enfin, dans un travail remarquable (*Medical Society of London*, april 1878), confirmer cette étiologie. Il n'y a pas de raison, dit-il, pour que la syphilis, dont les lésions sont si souvent sclérouses, ne produise pas la sclérose des zones radiculaires postérieures.

Comme Fournier, il a vu s'arrêter et guérir, sous l'influence de l'iodure de potassium à hautes doses, cette maladie réputée incurable. Dans la discussion qu'a soulevée son étude, Wiltshire et Bloxam ont fortement appuyé son opinion. Ce dernier a été témoin, à Charing-Cross Hospital, de plusieurs guérisons définitives d'ataxie syphilitique.

En général, cette ataxie survient à la période des lésions scléreuses dans les syphilis anciennes, ainsi que nos observations nous l'ont démontré. Les causes localisatrices ont été un froid brusque, dans deux cas ; chez un autre, une marche forcée (obs. IV) ; ailleurs, des excès alcooliques (Moore) ou génésiques.

Etudiée au lit du malade, l'ataxie ne présente pas toujours le type classique de Duchenne, débutant par les troubles de l'œil, suivis de douleurs fulgurantes et aboutissant au désordre de l'équilibration et de la sensibilité, avec fausse apparence de paralysie.

Il est des formes *frustes :* Albert Reder (*Vierteljahrsschrift*, 1874, p. 29) présente, sous le nom de *tabes syphilitica*, la guérison radicale par le traitement spécifique d'un homme syphilitique depuis quatorze ans, qui ne présentait que des troubles sensitifs et une légère incoordination des membres inférieurs.

Il est des *ataxies formes spinales de la paralysie générale;* il existe, enfin, des *lésions des zones radiculaires postérieures consécutives à une myélite diffuse directe ou par compression.*

L'*ataxie pure* peut débuter par des symptômes médullaires moteurs, comme dans l'observation suivante :

Observation IV

C... Étienne, âgé de trente sept ans, sous-officier, né à Montpellier, entre à l'Hôtel-Dieu le 18 mai 1878. On le place au n° 4 de la salle Saint-Gabriel, service de M. Lavigne, médecin principal. Aucun antécédent héréditaire. Ni rhumatisme, ni herpétisme ; aucune maladie aiguë, si ce n'est la varioloïde.

Histoire de la maladie. — En 1867, étant au service, il contracte la syphilis, qui débute par un chancre dur et unique dans le sillon balano-

préputial, sans adénite inguinale. Il prend pendant un mois deux pilules de protoiodure de mercure par jour, et le chancre disparaît. Dix jours plus tard, plaques muqueuses à la gorge et traitement spécifique pendant deux mois.

Il se croyait guéri, lorsqu'en 1876 survient un abcès au niveau de la branche gauche du maxillaire inférieur. On incise, et la cicatrisation ne se fait qu'au bout de six semaines, par des applications mercurielles.

Au mois de janvier 1877, son capitaine remarque qu'il fléchit la jambe droite en pivotant, à la revue ; il ressent lui-même une grande faiblesse dans les extrémités inférieures. Admis à l'hôpital, il prend durant soixante jours deux bains sulfureux par semaine.

En avril : sensation de douleurs brusques et passagères dans les deux jambes, au niveau des articulations; impression désagréable de froid ; gêne croissante dans la marche. Il entre à l'hôpital d'Arras, où l'on diagnostique une ataxie locomotrice, que l'on traite par l'iodure de potassium et la liqueur de van Swieten. Vers la fin de son séjour, on note de l'incontinence d'urine et de la spermatorrhée, qui disparaissent ainsi que les douleurs. Au mois d'août, surviennent un abcès à la région lombaire et un abcès à la joue. Vers cette époque, à la suite d'une altercation assez vive, le malade est atteint d'un délire de persécution, qui motive son envoi, en septembre 1877, à l'Hôpital général de Montpellier.

Là le traitement arabique est institué sans succès; et, comme les phénomènes intellectuels ont disparu, le malade passe à l'hôtel-Dieu Saint-Éloi.

A l'examen: le malade ne peut se tenir debout sans osciller et prendre un point d'appui ; il perd aisément l'équilibre et a besoin d'un aide pour marcher. La progression est difficile d'abord, puis s'exécute plus facilement quand les jambes sont en mouvement. Elles sont alors lancées follement et avec roideur à droite et à gauche, et frappent, en retombant, le sol de leurs talons. Au bout de peu de temps, la faiblesse survient et la station est impossible. Avec tout cela, ses membres ont conservé leur vigueur, puisqu'il peut porter quelqu'un sur ses épaules.

L'occlusion des yeux rend la marche impossible.

Les membres supérieurs ont conservé leur force.

La *sensibilité* est troublée dans la partie inférieure du corps : le contact, le chatouillement de la face plantaire, ne sont pas perçus; à la jambe et à la cuisse, le tact et la pression sont perçus confusément.

L'*æsthesiomètre* donne : *thorax*, 2 centimètres des deux côtés; *ventre*, 7 centimètres dans les deux sens ; *cuisse*, 11 centimètres ; *jambe*, 13 centimètres en dehors, 10 en dedans ; *pied*, 12 centimètres.

L'application d'un corps froid donne la sensation de brûlure à la jambe.

Il y a *hyperesthésie douloureuse* à partir du genou, avec intensité croissante vers les extrémités.

Le *retard de la sensation* existe pour la douleur et n'existe pas pour le tact (ce qui confirme les observations de Remak, que Vulpian et Richet n'avaient pas vérifiées). Il est de 5 secondes pour la face plantaire, de 4 pour la jambe, de 2 pour la cuisse, ce qui concorde avec les résultats de Richet (*Soc. de biol.*, 1876).

La *sensibilité spéciale* est atteinte depuis trois jours seulement. A la suite de travaux prolongés à la clarté d'une lampe, le malade a constaté du larmoiement, de l'amblyopie et de la diplopie.

Les pupilles sont rétrécies et insensibles, l'œil est chassieux. Le malade est obligé de cligner, et, lorsqu'il veut lire, il abaisse sa paupière gauche avec la main, afin de ne faire usage que d'un œil. Je note une diminution concentrique du champ visuel, variable pour les diverses couleurs, qu'il peut toutes reconnaître. (Observation contraire à l'opinion de Galezowski et de Benedict.)

L'acuité visuelle est diminuée.

L'ouïe et les autres sens céphaliques sont intacts.

Sensations subjectives. — Absence de douleurs fulgurantes ; sensation de froid.

Parfois vertiges et bourdonnements d'oreille, avec sentiment d'angoisse épigastrique.

Pas de crises viscérales. Il a eu à Arras des douleurs rénales très-violentes.

Viscères. — Rien au poumon ou au cœur.

Envies d'uriner revenant toutes les heures, miction suivie de douleurs vives.

Diarrhée incoercible depuis trois mois.

L'intelligence est nette ; la parole est rapide et facile.

Pas de troubles trophiques.

Le début peut se faire par des troubles médullaires douloureux.

Observation V

G..., coiffeur, âgé de soixante-deux ans, né à Montpellier, est soumis à mon observation le 18 mai 1878, dans le service de M. le professeur agrégé Serres, à l'Hôpital général.

Aucune maladie nerveuse parmi les ascendants et les collatéraux.

Il n'a eu dans son enfance aucune lésion scrofuleuse ; jamais il n'a éprouvé de douleurs ou goutteuses ou rhumatismales, jamais de maladies aiguës.

A vingt-six ans (1842), il contracte un chancre dur au gland, avec pléiade indolente inguinale non suppurée. Quelques mois plus tard, plaques muqueuses, ulcérations à l'anus. Pas de douleurs ostéocopes, pas de gommes. Aucun traitement spécifique. Détérioration de la santé à partir de cette époque. Plusieurs blennorrhagies suivies d'écoulements chroniques.

La maladie qui l'amène a débuté en 1866, sans excès de coït notables, par des douleurs fulgurantes, comparées par le patient à celles que produit le pincement avec torsion. Elles siégeaient au genou et au niveau de la hanche. Jamais il n'en ressentait dans les bras, qui sont, depuis six mois, atteints de contractures fugaces.

Ces contractures apparurent il y a six ans dans les membres inférieurs, où les douleurs fulgurantes avaient augmenté d'intensité et de fréquence. En même temps, l'anesthésie plantaire apparut, pour diminuer plus tard. Le malade marchait, disait-il, sur du caoutchouc.

En 1874, la marche, qui était incertaine, devient de plus en plus désordonnée. Quand il monte un escalier, il enjambe plusieurs mar-

ches à son insu ; son pied glisse quand l'œil n'est pas là pour le diriger. La station debout est impossible ; il éprouve des vertiges, une sorte de faiblesse et perd facilement l'équilibre.

Cet état persiste en s'aggravant ; d'horribles crises de douleurs fulgurantes au niveau des articulations inférieures assombrissent son existence, et l'impossibilité où il est de conserver l'attitude verticale l'oblige à abandonner son métier de coiffeur pour entrer à l'Hôtel-Dieu, où l'on constate les phénomènes suivants :

Myotilité. — Incoordination des mouvements contrastant avec l'intégrité de la force musculaire des membres inférieurs. Pendant la station, le malade écarte les jambes pour élargir son polygone de sustentation ; si l'on vient à clore ses paupières, il perd l'équilibre et tombe. Dans sa marche, il projette ses jambes à gauche et à droite ; lorsqu'il se tourne, une chute est imminente ; lorsqu'il ferme les yeux, elle est fatale.

Les membres supérieurs sont intacts et conservent leur adresse passée. Depuis peu, cependant, la sensation du contact des petits objets est obtuse au niveau de la pulpe des doigts, et, par intervalles, les muscles sont douloureusement contracturés.

Ces contractures existent aussi aux jambes : elles durent quelques minutes et s'accompagnent d'atroces douleurs ; elles sont diminuées par l'application d'un corps froid.

Sensibilité. — Le malade, qui au début ne sentait pas le sol, en apprécie mieux aujourd'hui les aspérités ; avec tout cela il est obligé de regarder où il pose le pied, sous peine de tomber. Il a la notion de la température ; il distingue le lieu où il est piqué et apprécie le degré de la douleur, mais d'une façon très-obtuse. L'æsthésiomètre ne montre pas de diminution notable de la notion des contacts. Au pied, l'écartement des pointes est de 2 centimètres à la région dorsale, 1 centimètre et demi à la face plantaire.

Les sens spéciaux sont intacts, excepté l'ouïe, dont l'acuité est émoussée. L'examen ophthalmoscopique, pratiqué par M. Serres, ne montre aucune altération de la pupille ; il n'y a pas d'achromatopsie. Les muscles moteurs de l'œil sont intacts.

J'assiste à une crise de douleurs fulgurantes d'une pénible intensité.

Ce sont des élancements, toutes les trois minutes, au niveau de l'articulation tibio-tarsienne gauche.

Une hyperesthésie continue les accompagne, et le moindre attouchement fait jeter des cris. A chaque fulguration, la jambe droite se contracte vivement par action réflexe et la figure est crispée. Des exacerbations se produisent, pendant la nuit, surtout et lors des changements de temps. Le salicylate de soude les diminue sans les supprimer et sans prévenir leur retour.

Pas de crises viscérales.

Les *réflexes* sont exagérés aux membres inférieurs; les fonctions génératrices sont abolies La miction et la défécation s'exécutent bien.

Les autres fonctions sont intactes; la peau et les articulations sont sans troubles trophiques, et la nutrition générale n'est point altérée malgré l'amaigrissement notable, cortége ordinaire de la maladie.

L'ataxie locomotrice de nature syphilitique peut débuter par des troubles céphaliques et oculaires.

Observation VI

F.... a quarante-huit ans; il était serrurier à Montpellier, où il est né; on le trouve aujourd'hui à l'Hôpital général, dans la salle Saint-Charles, nº 49.

Sa mère est très-nerveuse et a des accès d'étouffement. Son père était très-sujet aux congestions céphaliques et aux vertiges.

Doué d'un tempérament lymphatico-sanguin et d'une constitution robuste, il a eu la fièvre typhoïde à dix-huit ans, et des fièvres intermittentes à diverses reprises. Il contracte un premier chancre mou vers l'âge de vingt ans, un second chancre à vingt-sept ans, sept ou huit chancres autour du gland à vingt-huit ans, et enfin, six mois après, un nouvel accident local, cette fois induré. A partir de ce moment, malaises mal définis, aphthes rebelles dans la bouche, douleurs à la racine des membres, vives, fréquentes et fugaces, qui l'obligent à consulter Follin. Ce dernier lui prescrit les eaux de Bagnères-de-Luchon, qui

restent en sans effet, et la liqueur de van Swieten, qui n'est pas prise. Alors apparaissent des rougeurs aux aisselles et des éruptions pustulo-crustacées au cuir chevelu.

En 1859 (il avait alors vingt-neuf ans), il éprouve un vertige, et ses jambes se dérobent sous lui; on est obligé de le soutenir. A la suite d'émotions vives, il ressent deux autres faiblesses pareilles.

Le 29 février 1860, il s'endort avec de la photophobie et se réveille aveugle. Deux mois après, quand ses yeux se rouvrent à la lumière, il voit ses mains tournées et reconnaît qu'il ne sent pas ses jambes et que ses idées ne sont pas nettes. Deux ans après, blépharoptose et diplopie, d'abord d'un œil, puis des deux yeux.

En 1870, il s'aperçoit un beau matin, à son réveil, que ses jambes sont comme perdues dans son lit et qu'il ne peut les rapprocher. Il se lève, sa marche est embarrassée; il court, et son corps mesure plusieurs fois la terre. Les eaux de Balaruc l'améliorent et font disparaître des troubles moteurs qui étaient apparus aux membres supérieurs. Les extrémités inférieures sont seules aujourd'hui le siége de l'incoordination motrice.

Voici quel était son état en avril 1878 :

Motilité. — Impossibilité de marcher sans l'appui de quelqu'un. Les jambes sont écartées l'une de l'autre et projetées ; le malade a besoin de les suivre des yeux; il ne peut se retourner sans perdre l'équilibre. Le croisement des jambes est impossible. Avec cela il peut porter l'infirmier sur ses épaules, et, lorsqu'on essaye de fléchir sa jambe tendue, on éprouve une résistance puissante. Les mains sont inhabiles à prendre et à manier les petits objets. Leur force de pression donne au dynamomètre : à gauche, 15 k.; à droite, 35 k.

Réflexes. — Les membres sont agités, la nuit surtout, de violents soubresauts, que la pression et la percussion de la cuisse ou du tendon du triceps provoquent énergiquement.

La *sensibilité musculaire* paraît conservée, ainsi que la sensibilité de la peau, aux diverses impressions. Cette dernière est pourtant exagérée au niveau du tibia et supprimée à la face plantaire, surtout à droite (sensation de caoutchouc). Le sens génésique est aboli; autrefois le malade avait la faculté de répéter le coït un nombre de fois considérable. On remédie à la constipation actuelle par les eaux de Balaruc.

Rien à signaler du côté des autres grandes fonctions; pas de troubles trophiques; psoriasis palmaire et frontal.

L'ataxie syphilitique peut se limiter aux troubles moteurs et aux douleurs fulgurantes (Obs. V); elle peut manquer de ces douleurs fulgurantes (Obs. IV). La sensibilité est en général altérée plus ou moins. Quant aux trouble trophiques, je ne les ai vus notés nulle part. Le malade de l'observ. V a eu des crises rénales; celui de l'observation IV a en ce moment une crise stomacale, survenue à son retour de Balaruc.

La *durée*, la *marche* et les *symptômes* n'ont, on l'a vu, rien de spécial. Le *diagnostic* est celui de la cause. Moore, Dreschfeldt, Drysdale, ont donné des preuves suffisantes de guérison possible, ce qui améliore le *pronostic* de cette maladie trop souvent désespérée.

C'est que la *lésion* des zones radiculaires postérieures est difficile à vaincre. Les altérations granulo-graisseuses des tubes nerveux sont incurables lorsqu'elles sont générales et complètes : d'où ressort l'opportunité d'une thérapeutique prompte, précoce, audacieuse même (Charcot).

Broadbent avait noté la lésion fréquente des cordons postérieurs dans la syphilis. Les cas de Homolle et de Charcot, que nous reproduisons plus bas, nous prouvent qu'elle peut être secondaire à une myélite diffuse. Pour peu qu'il y ait dans la moelle une altération destructive, on voit se produire une dégénérescence secondaire ascendante dans les cordons postérieurs, descendante dans les cordons latéraux.

Il n'est pas jusqu'aux *cordons de Goll* qui ne puissent être atteints à la suite de myélites syphilitiques. Homolle nous en offre un exemple curieux et unique. Il note une altération ascendante de ces fibres commissurales, contrastant avec l'intégrité des zones radiculaires voisines. Dans ce cas, l'on n'a

point observé d'ataxie, ce qui vient à l'appui des idées de Pierret, mais on n'a pas signalé non plus de tendance au recul, ce qui infirme sa théorie.

Cette tendance au recul, Moore la note dans l'observation suivante, où elle compliquait cliniquement l'ataxie, que la sclérose des cordons de Goll compliquait peut-être anatomiquement.

Moore, *Dublin quart. Journal*, p. 301, 1866. — Syphilis.— Troubles oculaires. — Ataxie locomotrice.—Tendance au recul. — Guérison par l'iodure de potassium.

C. M., âgé de quarante-huit ans, entre à Mercer's Hosp. le 1er juin 1865. Son père est mort d'apoplexie à soixante-douze ans. Deux sœurs et un frère ont succombé à la phthisie. En 1839, il contracte la syphilis et prend du mercure ; une année après, il a un autre chancre, suivi de bubon suppuré. Il s'administre du mercure, puis de l'iodure de potassium. Malgré cela, il est atteint d'une éruption secondaire, qui disparaît par le traitement spécifique. Il reste en bonne santé pendant un an, puis l'éruption reparaît. Il consulte sir Philip. Crampton, qui le traite par les onctions mercurielles durant un mois, sans que la salivation se produise.

Il mène dès lors une vie irrégulière et se livre à des excès alcooliques. En 1846 survient une pneumonie ; en 1852, un rhumatisme généralisé. Sa vue est alors atteinte pour la première fois, lorsqu'il regarde un objet, il le voit trembler, il est ébloui.

Par degrés, ses jambes trompent sa confiance ; il ne peut marcher sans bâton, et si, étant courbé, il cherche à se relever, il tombe sur le dos. En même temps, il éprouve un désir extraordinaire du coït, qu'il est capable d'accomplir plusieurs fois. Son état empire pendant quelques années.

A son entrée, impossibilité de se tenir debout, tendance à reculer et à tomber en arrière. Il peut se tenir demi courbé. Sensation de clous dans les bras et dans les jambes; parfois double strabisme, parfois regard naturel ; tantôt vue trouble, tantôt vision distincte ; le gaz lui paraît rouge. Faiblesse du côté droit, trouble de la parole et bégaie-

ment, désir fréquent d'émettre une urine acide et sans albumine. Anesthésie de la face plantaire des pieds.

Avant de marcher, ce qu'il fait avec deux béquilles, il se redresse lentement de sa chaise et avec tremblement; alors il lance follement ses jambes et n'a point le contrôle de leurs mouvements. On prescrit quinze grains de bromure de potassium.

Le 20 juin, les douleurs fulgurantes ont diminué ; on administre l'iodure de potassium.

Le 1er décembre. — Il peut se tenir debout comme avant sa maladie, et faire tout seul et sans canne six milles par jour. Les douleurs fulgurantes ont disparu, et l'état général est excellent.

L'ataxie locomotrice est une maladie cérébro-spinale; la lésion du nerf optique, qui débute par la périphérie, tend même à prouver que c'est une maladie de tout le système nerveux (Grasset). On peut trouver tous les termes de transition entre elle et la paralysie générale. Le fonds anatomique est d'ailleurs identique; c'est toujours la même activité morbide de la névralgie qui prolifère. Seulement l'ataxie est l'inflammation chronique du système sensitif, tandis que la paralysie générale est la sclérose étendue à tous les systèmes. Mais cette sclérose peut débuter par telle ou telle région de la moelle, c'est-à-dire affecter telle ou telle forme de maladie spinale. Elle peut même se limiter à ces manifestations médullaires; le diagnostic est alors impossible au début. Si les phénomènes cérébraux apparaissent plus tard, il devient facile, comme dans l'observation suivante :

Observation VII

Syphilis.— Amblyopie.— Blépharoptose, incoordination motrice.— Troubles de la parole, de la mémoire, de l'intelligence.

X.. entre, vers la fin d'octobre 1876, dans le service de M. le pro-

fesseur Combal. Il est âgé de quarante ans; son père a succombé à une maladie du foie, une de ses sœurs est idiote. Aucune maladie aiguë ou chronique. A dix-huit ans, il constate une blennorrhagie; à trente-six ans, nouvel écoulement vénérien, qui persiste deux mois; chancres et accidents secondaires.

En 1867, céphalalgie nocturne, surtout au commencement de la nuit.

En 1873, amblyopie à gauche et blépharoptose du même côté ; douleurs dans l'épaule droite, exagérées par l'éternuement et la toux. On lui administre 45 pilules mercurielles en 1875 : il éprouve alors, dit-il, pour la première fois, une incontinence des matières fécales. Les membres supérieurs, puis les membres inférieurs, s'affaiblissent durant l'hiver ; il croit marcher sur du coton et ses jambes commencent à ne plus lui obéir. En même temps il ressent des vertiges, de l'agitation, de l'agacement, et son intelligence devient moins nette. Au mois de mai, il prend de l'iodure de potassium et des bains de vapeurs, ce qui améliore beaucoup son état et fait disparaître une douleur intense au vertex, qui prédominait la unit.

Cependant sa démarche est toujours difficile; il marche avec gaucherie et trébuche facilement sur un terrain inégal. Il se décide à entrer à l'Hôtel-Dieu St-Éloi.

Là, on constate une véritable parésie des membres inférieurs et supérieurs. La station est impossible; la progression ne se fait qu'à l'aide de deux personnes capables de le soutenir ; la jambe est faible et fléchit aisément. Les pieds sont projetés à droite et à gauche, par une sorte d'incoordination.

. n n'observe ni secousses, ni tremblements, ni contractures.

Les membres supérieurs sont faibles et donnent au dynamomètre :

12 kilogr. à droite ;
10 — à gauche.

La préhension d'objets délicats est impossible; le malade ne peut exécuter aucun mouvement précis.

Les muscles innervés par le moteur oculaire commun sont atteints à gauche, où la paupière est tombée et où les mouvements de circumduction ne s'exécutent point.

La vue elle-même est frappée d'amblyopie ; les autres sens spéciaux sont intacts.

La sensibilité générale, étudiée à l'æsthésiomètre, donne les résultats suivants pour le degré d'écartement des pointes :

	Droite	Gauche
Plante du pied,	4 cent.	4 cent.
Cou de pied..	4 1/2	8 —
Jambe	9	9 —
Bras	10	10 —
Joue	2	2 1/2

La notion du point piqué n'existe pas.

Le retard de la sensation n'existe pas pour la face ; il est très-marqué pour le pied, où la sensibilité douloureuse est fortement émoussée, surtout à la face plantaire.

Le malade éprouve une douleur sur le trajet de la colonne, au niveau de l'épaule, et une sensation de pesanteur dans les membres, mais pas de douleurs fulgurantes.

La miction est difficile, mais possible; les urines sont normales. La défécation n'est plus troublée depuis l'administration du traitement spécifique.

La santé générale est excellente ; le malade engraisse et se préoccupe assez peu de son état. Lorsqu'on l'interroge sur son état actuel, il répond qu'il va très-bien. Sa mémoire est défectueuse et diminue à vue d'œil ; sa physionomie exprime une béate satisfaction de lui-même et des autres; un masque de placidité la couvre et lui enlève toute sa puissance d'expression.

En même temps, la parole est lente, les phrases sont détachées et les mots scandés. Souvent le malade hésite et ânonne, cherchant dans sa mémoire obscurcie un souvenir qu'il ne trouve pas.

Le 16 avril, les phénomènes sensitifs et moteurs prédominent à gauche ; le malade a pris de l'iodure de potassium et de l'eau de Balaruc pour remédier à une constipation opiniâtre. On note l'apparition de contractures dans le type de flexion aux membres inférieurs, l'impossibilité d'uriner et l'existence de soubresauts dans les jambes.

LÉSIONS SYPHILIQUES DES CORDONS ANTÉRO-LATÉRAUX

Ces lésions sont plus souvent secondaires que primitives. Nous avons, en effet, vainement cherché, dans les observations de syphilis spinale, la sclérose latérale amyotrophique de Charcot, et le *tabes* dorsal spasmodique de Erb, dont nous étudions à cette heure, dans le service de M. Lavigne, un exemple remarquable.

Ces groupes cliniques sont de création récente, les faits sur lesquels ils sont fondés sont peu nombreux, et la maladie de Erb manque, comme l'ataxie à sa naissance, d'histoire anatomique. On peut dire aussi que les types cliniques créés par Charcot ne sont pas aussi nets que les types établis par Duchenne. Pareil à Laennec, Duchenne donne, du premier coup, la caractéristique d'une maladie, et, quand il approfondit un sujet, il laisse à peine de quoi glaner à ses successeurs.

Chacun sait que les lésion des cordons antéro-latéraux donnent lieu à l'impuissance motrice et à des troubles de la miction; que le faisceau latéral altéré donne naissance à de la parésie avec exagération des réflexes, puis à des tremblements et à des contractures permanentes.

I. — Schutzemberger, en 1850, note chez un syphilitique l'existence de tremblements et de contractures dans les membres, avec céphalie et troubles oculaires. Un traitement mercuriel en fait rapidement justice.

Dans la thèse d'Aparicio on trouve quelques cas de tremblement syphilique à la période secondaire, que l'on pourrait rattacher à une lésion primitive des cordons latéraux.

Weiss (*France médicale*, 1877) dit avoir guéri, par l'iodure

de potassium et les frictions mercurielles, un tremblement non encore classé du membre inférieur droit, avec élévation de température du même côté. La force, la sensibilité, la contractilité électrique, étaient conservées.

II. — Lésions secondaires. — Les cordons antéro-latéraux peuvent être atteints :

1° *Consécutivement à une lésion cérébrale syphilitique.* — Supposons une hémorrhagie de l'artère lenticulo-striée, ou une thrombose consécutive à l'endartérite décrite par Heubner, ou une production gommeuse au niveau de la partie antérieure de ce carrefour moteur et sensitif que l'on appelle la capsule interne : à la suite de cette lésion destructive (et la syphilis tertiaire tend à produire des lésions destructives (Lanceraux)), la dégénérescence du tractus moteur se fera dans l'étage inférieur du pédoncule, la pyramide antérieure et le faisceau de Turck du même côté, dans le cordon latéral du côté opposé. Cette dégénérescence secondaire pourra même se produire à la suite des lésions de la zone motrice corticale (Hanot, *Soc. biologie*) ou des lésions de la protubérance. Lancereaux a vu deux exemples de ces dernières (*Traité de la syphilis* et *Gazette médicale*, 1859). Il signale, d'ailleurs, les contractures comme un signe des altérations destructives du cerveau. Ce n'est pas là un signe direct, comme il a l'air de le croire, mais un signe indirect, par suite de sclérose fasciculée descendante, que Broadbent a aussi notée (*the Lancet*, nov. 1876).

Lacharrière, dans son observation 9, parle de contractures douloureuses du côté de l'hémiplégie, chez une femme syphilitique. Le traitement amena la guérison définitive.

Westphall a vu un syphilitique atteint de démence et de paraplégie avec contractures.

L'observation suivante, dont notre ami, M. Hernandez, nous a fourni les éléments, nous offre un exemple de symptômes nerveux complexes, dus probablement à une tumeur cérébrale syphilitique :

Observation VIII

Amaurose. — Crises épileptiformes unilatérales, améliorées par l'iodure de potassium. — Tremblements, contractures, ataxie.

M. J. B..., âgé de quarante-cinq ans et natif de l'Ardèche, passe, le 28 avril 1877, dans le service de M. le professeur Combal, où nous le trouvons couché au n° 36 de la salle Saint-Vincent. Sa mère vit encore; elle est très-nerveuse. Son père a fait des excès vénériens et alcooliques; il est mort à soixante-deux ans.

L'hérédité collatérale est muette. Lui-même n'a eu, dit-il, ni maladie aiguë ni affection chronique.

En 1855, il contracte un chancre avec blennorrhagie, et le traite par le mercure. En 1858, second chancre, suivi cette fois d'accidents secondaires, tels que boutons sur la peau, plaques muqueuses à la bouche, alopécie, douleurs ostéocopes, céphalées opiniâtres. Pas d'accidents tertiaires. En 1863, l'œil droit est atteint d'amblyopie; en 1866, l'œil gauche s'affaiblit à son tour ; au mois de novembre 1867, il se trouvait aveugle. Les médecins de Paris, qu'il consulte, lui disent que son mal lui vient de la syphilis. Vers cette même époque survient une céphalalgie nocturne atroce, puis une attaque sans convulsions, précédée de vertiges et accompagnée d'une perte de connaissance qui dure cinq minutes. Une année plus tard, par un grand froid, nouvelle attaque, cette fois avec convulsions unilatérales. Au bout de trois ans, ces crises épileptiformes, que provoquaient toujours des températures excessives, s'améliorent par un traitement spécifique.

Mais alors surviennent, dans leurs intervalles longtemps prolongés, des contractures, des tremblements, des fourmillements, des douleurs vives et rapides, surtout du côté droit.

En 1871, il sent sa jambe droite engourdie et croit avoir du coton

sous les pieds. En 1872, l'incontinence d'urine se produit, et deux ans plus tard les urines, qui avaient contenu, comme aussi les selles, du sang durant trois mois, acquièrent une odeur infecte.

Quatre ans avant son entrée, le malade éprouva des vomissements incoercibles pendant un jour.

Voici les résultats fournis par son examen :

Motilité. — Depuis un mois, la jambe, puis le bras gauche, se sont graduellement affaiblis; depuis trois semaines, il ne sent plus ses jambes, ce qui entrave entièrement la marche et la station. Le dynamomètre donne: main droite, 28 k.; main gauche, 22 k. Avec tout cela, ses jambes ont conservé leur force et résistent aux tentatives que l'on fait pour les fléchir quand elles sont étendues.

La *sensibilité spéciale* est conservée, excepté pour la vue.

La thermesthésie est intacte.

La sensibilité à la douleur est obtuse, puisqu'une épingle n'est sentie que quand, après avoir passé sous un pli de la peau, elle aborde le derme par sa face interne.

La sensibilité tactile, examinée à l'æsthésiomètre, a subi les modifications suivantes.

		Côté gauche :	Côté droit :
Face palmaire :	pouce.	29 millimètres.	33 millim.
	index.	4 centimètres.	id.
Avant-bras.....		13 —	5 centim.
Poitrine.....		10 —	10 —
Front.....		2 —	2 —
Langue.....		2 millimètres.	2 millim.
Jambe.....		10 centimètres.	7 centim.
Cuisse.....		12 —	10 —
Pied.....		12 centimètres $^1/_2$	9 —

La notion du point touché est très-nette.

Le *retard de la sensation* est d'une seconde et demi pour le pied droit, de deux secondes et demi pour le pied gauche.

La *sensibilité musculaire* est perdue dans les jambes, le malade ignore leur position; il sent, au contraire, où sont ses bras; il les porte où il veut. Depuis douze jours, existent des douleurs en ceinture.

Des *douleurs fulgurantes* reviennent à l'occasion des changements de temps; elles partent des pieds, remontent dans les jambes et disparaissent aussitôt.

Comme troubles trophiques, on note des craquements articulaires dans les genoux et les chevilles.

La constipation persiste depuis deux semaines.

Les *réflexes* sont très-exagérés ; la traction des poils de la jambe provoque des contractures.

Les artères sont très-légèrement athéromateuses, le cœur et le poumon sont sains.

Le malade reste peu de temps dans les salles; on peut assister pourtant à une crise de convulsions unilatérales à gauche.

L'existence d'une céphalée opiniâtre, l'amaurose, les vertiges, les pertes de connaissance, la prédominance unilatérale des convulsions, permettent de songer à une tumeur cérébrale. Les antécédents et l'amélioration des crises épileptiformes, sous l'influence des spécifiques, font admettre sa nature syphilitique.

Enfin les troubles moteurs, les tremblements, les contractures, s'expliquent par une dégénérescence secondaire des cordons latéraux.

La sclérose peut ensuite s'être propagée aux cordons postérieurs et avoir entraîné l'ataxie, comme l'ont vu Erb et Bercher dans la forme postérieure du *tabes* dorsal spasmodique.

2°. — *Consécutivement à une myélite.*— Ceci nous amène à parler des lésions et des cordons latéraux, consécutives aux myélites diffuses et systématisées.

a) Une *myélite transverse* par compression, consécutive à la présence d'un mal de Pott syphilitique comme en a signalé Portal (1797), ou d'une méningite gommeuse comme Knorre et Zambaco en ont vues, peut entraîner leur dégénérescence descendante.

Une myélite diffuse ordinaire s'accompagne souvent de contractures et de tremblements.

Un malade de Cirillo et un syphilitique d'Allain (*Moniteur des hôpitaux*, 11 sept. 1858) présentaient, le premier, des tremblements dans les membres inférieurs paralysés ; l'autre, des tremblements dans les membres supérieurs et une paralysie lombaire.

Dans ce dernier cas, ces tremblements pouvaient s'expliquer par une sclérose ascendante des cordons latéraux, déjà signalée par Turk, Vulpian et Bouchard, mais notée pour la première fois par Homolle chez un syphilitique.

b) Une *myélite systématique* comme l'ataxie peut se compliquer de lésions des cordons latéraux.

Des contractures sont notées chez l'un de nos ataxiques. Greppo (1859) décrit un tremblement compliquant l'ataxie des membres inférieurs. Le malade, qui, lorsqu'il voulait sauter un ruisseau, mettait le pied au beau milieu, fut guéri par les antisyphilitiques.

Les caractères anatomiques de cette sclérose, analysés par Charcot et Homolle, ne diffèrent pas de ceux que l'on assigne aux myélites en général : on y voit des corps granuleux, des tubes nerveux en dégénérescence granulo-graisseuse, avec division de la myéline dans les segments interannulaires.

Le tableau suivant résume les preuves cliniques et anatomiques par lesquelles nous espérons avoir démontré la localisation de la syphilis sur les cellules et sur les tubes nerveux, dans la production de myélites parenchymateuses :

Myélites systématisées

- Du système moteur et trophique bulbo-spinal
  - Cornes antérieures
    - *Primitives*
      - Observation personnelle.
      - Cas de Dejérine, avec autopsie et examen microscopique.
      - » de Rodet } avec guérison.
      - » de Niepce } avec guérison.
    - *Secondaires*
      - Observation personnelle.
      - Foville et Siredey.
  - Noyaux bulbaires
    - Paralysie labio glosso, laryngée syphilitique (Duchenne).
    - Cas de Mauriac, avec atrophie des masticateurs et ataxie.
- Du système postérieur sensitif.
  - Zones radiculaires postérieures
    - 1° *Primitives*
      - Ataxie pure
        - Trois observations personnelles.
        - *Cas suivis de guérisons:*
        - Fournier, Bloxam.
        - Drysdale, Greppo.
        - Moore.
        - Dreschfeldt.
      - Ataxie forme de la paralysie générale
        - Observation personnelle.
        - Westphall.
    - 2° *Secondaires*
      - Observation personnelle.
      - Cas de Charcot, avec autopsie.
  - Cordons de Goll
    - Cas de Homolle, avec examen microscopique.
    - Cas de Moore, avec tendance au recul (?).
- Des cordons antéro-latéraux
  - *Primitives*
    - Sckutzemberger, avec guérison (?).
    - Weiss, avec guérison.
  - *Secondaires*
    - A une lésion cerébrale
      - Cas de Westphall, avec guérison.
      - » de Lacharrière, avec guérison.
      - » de Lancereaux, avec autopsie.
      - » de Broadbent, avec autopsie.
      - Observation personnelle.
    - A une myélite
      - diffuse
        - Lacharrière } avec guérison.
        - Cirillo } avec guérison.
      - Systématique. — Ataxie
        - Observation personnelle.
        - Cas de Greppo, avec guérison.

MYÉLITES DIFFUSES

SYPHILITIQUES

Morborum omnium modus unus,
locus verò differentiam facit.
(Hipp.)

Les myélites diffuses sont connues depuis longtemps, car la paraplégie qu'elles entraînent est un symptôme frappant. La paraplégie cervicale, moins fréquente, n'a été étudiée que plus tard. Leur histoire comprend presque entièrement l'histoire des localisations spinales de la syphilis, et, depuis Ulrich de Hutten, elles ont été étudiées. Leur nature syphilique a été d'autant mieux prouvée qu'elles résistent aux spécifiques beaucoup moins que les myélites systématisées. Leur curabilité et leur fréquence s'expliquent par la prédominance marquée de la syphilis pour la névroglie. Celle-ci prolifère tumultueusement, de façon à étouffer, sous son invasion, les éléments actifs. C'est par elle que l'inflammation se propage, et la continuité de cette trame conjonctive dans toutes les régions de la moelle explique la propagation des lésions, sans distinction de systèmes.

Il en résulte qu'une myélite diffuse nous offrira les lésions superposées de plusieurs de ces systèmes. Pareille à un mauvais génie, la syphilis frappe alors, qu'on nous permette cette

comparaison, sur telle ou telle touche du clavier médullaire, et lui fait rendre, avec plus ou moins d'intensité, la note symptomatique correspondante. C'est là justement ce qui fait la difficulté de l'étude. Il faut s'éclairer des lumières de la physiologie, et remonter mentalement du symptôme observé à la lésion qui l'explique. Mais cela ne suffit pas : il faut dire encore comment ces lésions des divers systèmes se développent et s'associent, pour constituer des types anatomiques auxquels succèdent des types cliniques correspondants.

Ce sont les variétés d'*évolution* qui constituent les types aigu, subaigu, chronique.

Ce sont les variétés de *siége* qui établissent les types lombaire, hémilatéral, transverse.

Ce sont les variétés de *tendance* à se généraliser ou à se circonscrire qui forment les myélites envahissantes ou non envahissantes.

I

MYÉLITES DIFFUSES AIGUES

Étiologie. — Les myélites aiguës sont fréquentes dans la période secondaire; elles ont leurs analogues dans les lésions du rein, du foie et des poumons, avec lesquelles elles coïncident.

Évolution. — Primitives ou consécutives à une méningite, elles se propagent avec une rapidité qui n'exclut pas la confusion. Aussi pouvons-nous dire qu'elles sont plus aisées à guérir qu'à débrouiller.

Leurs observations fort complexes sont souvent aussi fort dissemblables, partant fort difficiles à catégoriser. Elles man-

quent fréquemment de *prodromes*, et leur début peut être très-brusque (cas de Lagneau père).

Anatomie pathologique. — Leur *lésion macroscopique* est le ramollissement superficiel quand il s'agit d'une syphilis secondaire. On observe souvent alors une méningite concomitante (cas de Homolle). L'inflammation est plus profonde lorsqu'il s'agit d'une vérole maligne ou plus avancée. (En effet, les diverses périodes de la syphilis ne doivent pas être établies d'après la marche des lésions du centre à la périphérie du corps, mais bien du centre à la périphérie de l'organe.) Ce n'est point ici ce ramollissement particulier au cerveau, si fréquent à la suite de l'artérite syphilitique (Bristowe, 1859, *Pathol. soc. Transact.*— Gildemester, Hoyack, Huglings Jackson: *London hosp. Report*, vol. IV, 1868.— Heubner, Lancereaux, 1868); c'est le ramollissement inflammatoire, précédé et accompagné d'une hyperhémie dont les traces se retrouvent à l'autopsie. Tel est le cas où Tillot (service de Gosselin), nota une congestion intense, avec diminution de consistance de la moelle.

Telle est aussi l'observation suivante, qui nous montre une myélite aiguë survenue dans la période tertiaire, c'est-à-dire dans la période des lésions profondes.

H. Molière, *Ann. dermat.*, t. II.— Myélite syphilitique

Un colporteur de quarante-un ans entre à la Croix-Rousse (Lyon). Il a eu un chancre induré il y a quinze ans, puis des syphilides multiples, des angines et des gommes au radius et au péroné. Il a des douleurs nocturnes depuis quinze jours. On le soumet à l'iodure de potassium le 3 juillet.

Le 7. — Rétention d'urine, cathétérisme facile à partir de ce jour, fièvre.

Le 8. — Affaiblissement des membres inférieurs, ventre douloureux, constipation.

Le 17. — Émission brusque et involontaire d'urines et de matières fécales.

Le 18. — Accidents formidables, délire, fièvre, paraplégie complète. Conservation de la sensibilité, vives douleurs à chaque mouvement. Le soir, il ne peut garder un lavement; on évacue, à neuf heures, sa vessie pleine d'une urine purulente. Coma, hoquet, mort.

Autopsie. — Hyperémie de la moelle, artère médiane gorgée de sang; gros vaisseaux à droite et surtout à gauche, où les douleurs prédominaient ; congestion des substances blanche et grise. Altération syphilitique du rein et du testicule.

Le microscope montre une congestion intense, surtout de la substance grise, qui est plus vasculaire qu'à l'état normal. Le reticulum de la névroglie éprouve un retour à l'état embryonnaire. Si ses éléments ne sont pas résorbés, ou bien ils dégénèrent,—c'est le ramollissement gris (Moxon, Westphall); — ou bien ils passent à l'état adulte et constituent des foyers scléreux, qui entraînent des oblitérations vasculaires et interceptent ainsi les courants nourriciers. La myélite chronique, avec ses lésions destructives des éléments nerveux, est alors constituée.

Ces processus anatomiques peuvent présenter les dispositions les plus variées.

Nous essayerons de montrer que les types morbides ainsi réalisés correspondent aux diverses variétés des myélites diffuses aiguës, ordinaires.

Le cas suivant de Homolle en est une première preuve.

Homolle, *Progrès médical,* 1876. — Myélite diffuse corticale, de nature syphilitique.— Amélioration par l'iodure de potassium; rechute après suspension momentanée du traitement.— Mort.

Le 19 janvier 1874, entre à l'hôpital Saint-Louis une jeune femme de vingt-trois ans, avec syphilide papulo-squammeuse en corymbes, prédominant aux membres inférieurs. En avril 1872, elle accoucha d'un

fœtus de 5 mois. L'éruption débuta après l'avortement. En septembre 1873, elle eut un iritis douloureux, qui laissa des traces. Pas d'alopécie. Aucun traitement. A l'examen : anémie profonde, syphilide pigmentaire au cou, pléiades ganglionnaires à la nuque et aux aines ; *œdème modéré,* prédominant à droite, avec sensation d'engourdissement. Pas de varices (elle en avait beaucoup pendant sa grossesse). Pas de points douloureux sur les nerfs ; aucune tumeur dans la fosse iliaque. On lui administre les pilules de Sedillot.

30 janvier. — Douleur lombaire, l'*œdème persiste.*

10 février. — La marche ainsi que la pression des apophyses épineuses, des gouttières vertébrales et de la fosse iliaque, exaspère les douleurs. Œdème malléolaire sans thrombose.

28. — Marche hésitante, presque impossible.

1er mars. — Rétention de l'urine, qui sort en bavant de la sonde.

2. — Paraplégie absolue, plus complète à droite; peut à peine traîner les pieds sur le lit et changer de position. Réflexes exagérés. Soubresauts brusques, coïncidant avec les élancements douloureux, parfois toutes les cinq minutes. Contractilité et sensibilité électriques conservées.

Douleurs vives à la pression des apophyses de la première lombaire et de la douzième dorsale. Sensibilité plus prononcée à droite de la gouttière qu'à gauche. Sensibilité peu modifiée aux membres inférieurs, un peu moindre à droite.

Le contact et la température sont perçus, mais il y a analgésie manifeste à droite, où existent de temps en temps des sensations subjectives de pincement, de chaud et de froid.

Parfois le membre supérieur droit est engourdi ; il y a analgésie légère à la face palmaire des deux avant-bras; les piqûres sont suivies de secousses, non pas dans le bras, mais dans la jambe droite. Les urines sont troubles, sales, fétides ; le cathétérisme est nécessaire. Il y a constipation depuis trois jours.

4. — Sensibilité plus altérée, analgésie; perte de la notion de position des membres inférieurs, qu'elle ne peut arriver à toucher les yeux fermés. Secousses nocturnes du membre inférieur droit, que la volonté est impuissante à mouvoir. A gauche, les mouvements sont possibles; communiqués, ils n'entraînent aucune douleur. *Pas de contractures.*

Zone d'hyperesthésie à la région dorsale, d'anesthésie à la région lombaire et dans une grande étendue.

Les douleurs irradiées dans les membres persistent, et coïncident avec les soubresauts.

6. — Paraplégie compléte, sensibilité tactile nulle. Regorgement quand on ne sonde pas. Bras droit engourdi.

11. — Mêmes phénomènes, diminution des secousses spontanées. Mouvement fébrile chaque soir, suivi de transpiration. Insomnie sans augmentation de la douleur. Le jour, apyrexie. Sirop de Gibert substitué aux pilules de Sedillot.

13. — Ascension de la douleur aux premières dorsales, irradiations vers les épaules sans atteindre les extrémités. Douleurs en ceinture sous-costales. Suppression des élancements et de la sensation de froid. Membre supérieur gauche engourdi et plus faible que l'autre. Urines purulentes. Eschare sacrée. Augmenter de 2 grammes l'iodure de potassium qu'elle prend chaque jour.

18. — Eschare comme une pièce de cinq francs.

Sensibilité moins obtuse, notion de position recouvrée. Douleurs en ceinture diminuées; pas d'irradiations dans les membres supérieurs. Plus de soubresauts, si ce n'est lorsque la malade est restée longtemps sans uriner. Quelques contractions brusques dans les parois abdominales.

25. — Quelques mouvements aux orteils, pour la première fois, à droite et à gauche ; diminution de la douleur. (Amélioration notable par l'usage de l'iodure de potassium.)

27. — On supprime l'iodure. La malade a pu uriner seule. Les mouvements volontaires gagnent ; les deux pieds peuvent être déplacés et la jambe fléchie. La sensibilité tactile est émoussée à droite et à gauche ; les réflexes sont très-vifs. Les secousses et les douleurs prédominent maintenant à gauche. Œdème persistant sur les tibias. Douleurs périorbitaires et injection périkératique de l'œil droit, sans déformation de l'iris.

29.— Les mouvements font des progrès sensibles. Selles naturelles; la malade urine seule. Eschare en bonne voie. Bromure de potassium, 2 gram.

4 avril. — Peut soulever le jarret. Secousses dans la jambe gauche.

Aucune douleur à la pression des apophyses; plus d'élancements douloureux dans les membres inférieurs, dans les régions sous-costales et dans la fosse iliaque.

20. — Fièvre le soir. Impossibilité de détacher le talon du plan du lit. Éruption papulo-squameuse ; douleur de la région fronto-pariétale. Toux, sueurs, fièvre hectique.

6 mai. — Aggravation ; mouvements diminués de nouveau ; sensibilité normale. État stationnaire à partir du 29, malgré l'iodure de potassium (qui avait produit d'abord une amélioration notable). La malade cesse d'être observée. Elle meurt le 20 juillet, de fièvre hectique.

A L'AUTOPSIE : ramollissement à la partie inférieure de la moelle dorsale; nombreux corps granuleux à ce niveau.

Le microscope montre, à 4 centimètres au-dessus du renflement lombaire, une zone de sclérose qui occupe les régions postérieures d'une façon inégale et sans lésion systématique. Elle empiète sur les cordons de Goll et les faisceaux radiculaires internes, sur la commissure postérieure et sur la corne postérieure gauche ; les cornes antérieures sont même un peu atteintes en arrière. C'est donc là une myélite diffuse, qui va s'atténuant en largeur.

Substance blanche. — Le carmin colore la zone altérée ; on voit des fibres ondulées et des éléments embryonnaires disséminés ou groupés en amas autour de vaisseaux gorgés de sang, dont les parois sont très-épaissies, et qui forment comme autant de centres d'infiltration. La sclérose a envahi le tissu conjonctif du sillon postérieur, qui est confondu avec les cordons postérieurs. A ce niveau et à quelques points du voisinage se trouve du pigment jaune, qui indique que çà et là la congestion s'est accompagnée d'extravasation sanguine. On a peine à reconnaître dans ce tissu scléreux des traces de myéline et de quelques *cylinder axis.*

Dans la substance grise, le tissu interstitiel s'est condensé. Les groupes cellulaires ont peu souffert. Dans les cornes antérieures, dans la colonne vésiculaire de Clarke et dans le tractus intermédiolatéral, ils présentent des caractères normaux.

Le *canal central* est rempli d'épithélium.

Cette myélite annulaire diffuse indique déjà la coexistence d'un certain degré de méningite, facilement appréciable, du reste, sur quel-

ques points où la coupe comprend la pie-mère infiltrée d'éléments embryonnaires.

Au-dessus : la lésion est circonscrite aux cordons de Goll, surtout à celui du côté gauche. Les faisceaux radiculaires internes sont indemnes, la substance grise est saine.

Au-dessous : zone triangulaire de sclérose de la partie postérieure des cordons latéraux ; elle diffère, par son irrégularité, de la sclérose descendante ordinaire.

Au renflement lombaire, lésion analogue des cordons latéraux et des cordons postérieurs au centre ; en outre, lésion des cornes antérieures, qui diffère notablement des altérations scléreuses signalées plus haut; à la périphérie, on trouve de nombreuses cellules araignées; les cellules nerveuses sont intactes.

Il y a donc là une lésion diffuse circonscrite et des lésions disséminées à la surface des cordons latéraux et postérieurs, en rapport avec la méningite subaiguë. Ces localisations expliquent la présence des troubles sensitifs, des douleurs et des troubles moteurs, qui, vers la fin, prédominaient à gauche. Ce cas est comparable, cliniquement, aux cas de myélite à la période secondaire publiés par Broadbent (*the Lancet*, 1874) et remarquables par leur évolution rapide.

Cette observation nous conduit à l'étude des myélites circonscrites. Nous passerons ensuite à l'examen des myélites aiguës, diffuses et généralisées.

I. — Myélites aigues diffuses, circonscrites. — A ce groupe anatomique correspond cliniquement le groupe des myélites qui n'ont aucune tendance envahissante.

Elles offrent des variétés de siége en hauteur et en épaisseur.

a) Myélites limitées à une certaine étendue verticale. — Les deux observations suivantes de Philipson, nous présen-

tent : la première, une myélite dorso-lombaire ; la seconde, une myélite lombaire.

Philipson. *Newcastle-upon-Tyne infirmary* (*the Lancet,* march 30; 1878).— Paraplégie syphilitique, incontinence d'urine et de matières fécales. — Guérison rapide par l'iodure de potassium

A. B., trente-cinq ans, entre le 13 avril 1877. Depuis six mois il se sent faible. Par deux fois, il a été obligé de quitter sa place à cause de douleurs dans le dos et d'engourdissement dans les jambes. Il a remarqué que, lorsqu'il marchait, il ne sentait pas le sol. Peu à peu il s'est mal tenu debout, et, trois jours avant son entrée, il était incapable de remuer la jambe droite. A l'examen: bonne complexion, tempérament sanguin. Mouvements volontaires entièrement supprimés aux membres inférieurs. Sensibilité intacte, vessie distendue par l'urine (l'incontinence d'urine et de matières fécales avait été notée). La percussion des vertèbres dorsales inférieures et des lombaires produit une légère douleur. Exagération des réflexes; les jambes sautent d'elles-mêmes, surtout pendant le sommeil. Le pouls est à 84; le Fahrenheit marque 98,6. Le cœur est sain; les urines sont troubles et ammoniacales.

Philipson croît à une hyperémie de la moelle et de ses méninges ; il ordonne l'extrait liquide d'ergot, pour la diminuer et pour ressusciter la contractilité musculaire du rectum et de la vessie. On place le malade sur un matelas d'eau ; on introduit dans la vessie une sonde à demeure. On prescrit du lait et du *beef-tea*.

12 mai. — Peu de changement dans la paraplégie ; le cathétérisme est toujours nécessaire. Le malade ne peut retenir les matières fécales et se plaint de douleurs violentes dans les jambes et les genoux, surtout le soir.

On songe alors à une syphilis : le malade avoue l'avoir contractée cinq ans auparavant. On note un engorgement des ganglions inguinaux. L'ergot est alors remplacé par l'iodure de sodium, à la dose de 10 grains dans de l'eau, trois fois par jour.

26. — Les jambes peuvent mieux se mouvoir ; douleurs bien diminuées ; 30 grains d'iodure de sodium.

16 juin. — Amélioration graduelle ; le malade peut marcher autour de son lit.

7 juillet. — Il descend au jardin, puis sort entièrement guéri le 21 du même mois.

Myélite lombaire diffuse, circonscrite et superficielle

C. D., homme de trente ans, pompier, est admis à l'hôpital le 10 mai 1877. Il raconte que, depuis cinq semaines, il a été obligé d'abandonner son métier, à cause d'une faiblesse dans le dos et dans les jambes. Quelques semaines avant cette détermination, il ne se sentait pas fort : il éprouvait des douleurs dans les muscles, de la difficulté à mouvoir sa jambe droite, puis sa jambe gauche, de la raideur dans les genoux.

Deux de ses amis l'apportent ; on constate une diminution du mouvement volontaire des jambes. Quand il veut se tenir debout, il demande qu'on le soutienne; il place alors, en marchant, un pied devant l'autre, mais avec une incertitude qui n'augmente pas par l'occlusion des paupières.

La force des deux mains est égale, l'intelligence est lucide, la voix est rauque ; le larynx et l'épiglotte sont rouges, mais il n'y a pas d'ulcération. Les bruits du cœur sont normaux.

La ressemblance de ce cas avec le précédent est si frappante, que l'on soupçonne sa nature syphilitique. L'homme avoue avoir eu la vérole sept ans auparavant. L'adénite cervicale postérieure existe. On prescrit 10 grains d'iodure de potassium dans de l'eau, trois fois par jour.

Le 26 mai. — Augmentation du pouvoir de remuer les jambes, diminution des douleurs qui les traversent.

On élève la dose de l'iodure à 30 grains. Il se produit un mieux-être graduel.

23 juin. — Il peut se promener avec un bâton.

29. — Il parcourt la salle.

30. — Il descend au jardin.

Il sort, enfin, le 7 juillet 1877.

Dans les deux cas, la paralysie motrice fut irrégulière et accompagnée de douleurs musculaires peu ordinaires, à exacerbation nocturne. Les deux malades étaient dans la quatrième décade de la vie, sans lésion cardiaque, avec une syphilis antérieure de quelques années. On pouvait exclure l'idée de ramollissement par embolie et admettre une myélite superficielle syphilitique, comme le traitement l'a prouvé, concurremment avec les douleurs nocturnes et l'absence de paraplégie sensitive.

Nous pouvons rapprocher de ces deux faits remarquables l'Observation Ire, qui ne l'est pas moins par la brusquerie de son début, la rapidité de sa marche et la promptitude de sa guérison. Chez notre malade, la lésion affectait la région dorso-lombaire et se fit remarquer par l'absence de douleurs intenses.

Le cas de Rollet était aussi une myélite aiguë lombaire.

La *paraplégie cervicale* est rare dans les myélites aiguës. Les observations de Drysdale, chez des adultes, et de Leubuscher chez des nouveau-nés, en sont pourtant des exemples. On peut observer alors des troubles du centre cilio-spinal, que nous avons signalés chez un ataxique. Chacun sait, en effet, que le sympathique ne saurait, pas plus que la moelle, échapper à la syphilis.

Petrow a présenté à l'Institut anatomique de Pétersbourg le résultat de ses recherches sur ce point important. Il a vu la syphilis en altérer les cellules nerveuses. La dégénérescence pigmentaire était fréquente, la dégénérescence colloïde plus rare. Les gaînes des tubes nerveux étaient épaissies; leurs noyaux avaient proliféré; la myéline avait été fragmentée. Le tissu conjonctif se trouvait sclérosé, et l'endothélium environnant les tubes et les cellules avait subi la dégénérescence graisseuse, après s'être hypertrophié et segmenté. (*Veränder-*

ungen der sympathischen Nerfen bei constitutioneller Syphilis. Virchow's Archiv, Bd 57, S. 121.

b) Myélites diffuses aiguës circonscrites à une certaine étendue transversale. — La lésion peut n'atteindre qu'une *moitié de la moelle.* On observe alors tout le tableau de l'hémiparaplégie spinale si bien tracé par Brown-Sequard. Du côté de la lésion existe une paralysie musculaire et vaso-motrice, avec chaleur et rougeur du membre correspondant et conservation de la sensibilité. Du côté opposé, la sensibilité est seule atteinte : c'est l'hémianesthésie spinale syphilitique de Charcot.

En 1872, Owen Rees (*Guy's Hosp. Reports,* XVII) signale l'hémianesthésie croisée avec l'hémiplégie dans la syphilis ; mais, avant lui, Follet avait publié l'observation suivante :

Folet, *Bull. thérap.,* 1667. — Hémiparaplégie avec hémianesthésie croisée d'origine syphilitique

Carity, François, âgé de trente-sept ans, se trouve, en trois jours, paralysé de la jambe droite; à gauche, quelques mouvements. Il n'éprouve ni douleur, ni fièvre, ni contractures. A l'examen, 20 octobre 1866, on constate que les mouvements sont abolis, que les réflexes sont inégalement faciles pour les deux jambes, et qu'ils s'exagèrent à gauche. Il n'y a pas d'atrophie. La sensibilité tactile est normale; la douleur, *perçue à droite, est méconnue à gauche, où la motilité persiste. La sensibilité à la température est également abolie à gauche.* Les lésions de la motilité et les altérations de la sensibitité douloureuse et thermique sont donc croisées.

Les muscles larges de l'addomen sont intacts; la sensibilité vésicale est conservée. Il ne peut uriner à volonté ; une grande quantité d'urine est nécessaire, et alors la miction se fait par regorgement. Cathétérisme. Constipation. Le malade raconte qu'il a eu un chancre, il y a plusieurs années, et qu'il a fait un traitement irrégulier des accidents constitutionnels.

On lui prescrit le protoiodure de mercure et l'iodure de potassium.

Au bout de deux mois, l'hémiparaplégie droite est améliorée. L'anesthésie gauche persiste.

En juin 1866, on administre jusqu'à dix grammes d'iodure; la sensibilité reparaît. En septembre, il peut lever les jambes au commandement, mais ne peut se tenir debout. Le 31 mai 1867, il marche avec et bientôt sans béquilles. La sensibilité est, à gauche, toujours un peu moindre qu'à droite.

Il a fallu suspendre le traitement quatre ou cinq fois, à cause des effets physiologiques trop intenses des remèdes administrés.

La monoparaplégie aiguë peut aussi être produite par une gomme ou une exostose, dont l'action compressive rapide entraîne l'apparition d'une myélite transverse unilatérale. Ricord a, en effet, signalé des exostoses à évolution rapide. Dans ce cas, on peut observer cette maladie décrite par Charcot, sous le nom de *paraplégie spasmodique d'origine syphilitique, sous forme d'hémiparaplégie.*

L'observation suivante, que nous devons à l'obligeance de M. le docteur Castaigna, est un exemple remarquable et surtout concluant de monoparaplégie.

Observation XI

S. M., jeune homme de vingt-trois ans, né de parents mariés très-jeunes et fort nerveux, était lui-même d'un tempérament nervoso-sanguin et jouissait d'une constitution assez bonne. Il n'avait présenté aucune manifestation scrofuleuse ou rhumatismale; sujet à s'enrhumer fréquemment, il n'avait jamais craché le sang.

Il va à Paris faire ses études de droit et y mène une vie très-irrégulière. Au mois de janvier 1867, il contracte un chancre dur, unique, dans la gouttière balano-préputiale, avec pléiade inguinale non suppurée. Surviennent ensuite du mal de gorge, une roséole très-légère et des plaques muqueuses qui cèdent au traitement mercuriel. Il se croit

guéri et se livre à des excès génésiques. Trois mois après la disparition de tous les accidents, survient, en décembre 1868, une douleur très-vive dans les lombes. Cette douleur s'irradie dans les cuisses et s'exagère par la marche.

En trois ou quatre jours, la jambe droite, d'abord faible, se paralyse entièrement. Le pied droit traîne alors, et son extrémité frotte contre le sol. La progression n'est possible qu'avec une canne. La jambe gauche est intacte. Les douches sur la colonne ne produisent qu'une amélioration passagère, et le malade va consulter un médecin.

Le traitement mixte est institué huit jours après le début. Au bout de six jours, l'amélioration se fait sentir, et les soubresauts des jambes disparaissent.

Deux semaines plus tard, toute trace de monoparaplégie était supprimée. Le malade quitte alors Paris pour regagner Montargis, où il achève de se rétablir. De retour à Paris au bout de six mois, il n'éprouve aucune faiblesse des membres inférieurs et reprend son ancien genre de vie.

Il mourut deux ans plus tard, de phthisie galopante.

II. — Myélites aigues diffuses bilatérales. — La syphilis aime à se localiser à la périphérie, dans la moelle comme dans le cerveau. Aussi les myélites superficielles sont-elles plus fréquentes que les lésions profondes. Leurs variétés peuvent donner lieu à des formes *frustes*, que la congestion ne saurait expliquer.

Cl. Albutt (*Saint-Georges Hosp. Reports*, t. IV, p. 44) parle d'une parésie des membres inférieurs survenue six mois après les premiers accidents syphilitiques, chez un de ses malades. Chez un autre, la faiblesse musculaire s'accompagnait de choroïdite.

Tous deux guérirent par les spécifiques.

Berkeley-Hill (*Bull. thérap.*, 1872) supprima en quinze jours, par l'iodure d'ammonium, une douleur et une faiblesse des jambes accompagnées d'adénite, de périostite et de kératite syphilitiques.

Ces lésions superficielles affectent souvent la forme de méningo-myélites (cas de Homolle). Si elles prédominent en arrière, on observe des troubles de la sensibilité et de la coordination motrice. Limitées à la superficie des cordons latéraux, elles entraînent les soubresauts des jambes et les contractures notées chez les malades de Philipson et chez le nôtre.

Souvent aussi les deux régions sont simultanément intéressées, et l'on a affaire aux deux cas suivants, qui nous conduisent à l'étude des lésions plus profondes, partant plus complexes :

Ladreit de la Charrière, Th. de Paris, 1861.— Paraplégie sensitive et motrice.— Miction par regorgement.— Incontinence des matières fécales. — Guérison

Un homme de trente-deux ans entre à Lariboisière, en novembre 1860. Il a eu deux chancres mous, puis des boutons à la peau. En septembre, il a ressenti des douleurs entre les épaules et éprouve de l'insomnie. En novembre, douleur lombaire, fourmillements dans les extrémités inférieures, soubresauts des jambes, surtout pendant la la nuit; il vacille comme un homme ivre.

La sensibilité est supprimée aux pieds, qui n'ont pas la notion du sol et dont les mouvements ne sont point perçus.

En janvier, paraplégie, miction par regorgement, perte des matières fécales, puissance virile abolie. Sirop de salsepareille et 8 gr. d'iodure de potassium.

Au bout d'une semaine, l'amélioration se fait sentir, et, au mois de février, il peut marcher sans bâton. Les érections ont lieu dans le décubitus dorsal.

Winge, *Dublin med. Press*, 2nd series, IX, 659

Un homme de trente-trois ans, qui avait eu la syphilis douze ans auparavant et qui lavait traitée par le mercure, entre à Royal Hos-

pital pour une hépatite. Cependant surviennent des douleurs lombaires, de l'hyperesthésie, une névralgie douloureuse dans les deux cuisses.

Bientôt, paraplégie, difficulté d'uriner, eschares, dyspnée et mort.

Autopsie : Dure-mère soudée à l'arachnoïde par une fausse membrane, qui est dans sa moitié inférieure aussi épaisse que la dure-mère elle-même.

Méningo-myélite concomitante.

Myélites aiguës transverses. — Elles peuvent être primitives : tel est le fait de nombreuses paraplégies syphilitiques avec troubles trophiques et génito-urinaires.

Leubuscher, tout en faisant remarquer que les formes paralytiques sont plus fréquentes, a noté trois fois l'existence isolée de ces derniers symptômes. Six mois avant de se marier, un syphilitique eut un exanthème généralisé, des douleurs dans le dos, les lombes et les extrémités ; puis de l'incontinence d'urine et une impuissance complète. Leubuscher le guérit par les spécifiques.

En général, il survient en même temps des troubles moteurs, comme dans l'observation Ire, comme dans les cas suivants :

Un malade du service de Richet, deux ans après l'apparition d'un chancre dur suivi de syphilides et d'iritis guéris par le mercure, présente de la céphalalgie et de la dyspnée. Deux heures après, paraplégie complète. Nécessité de le sonder. Vomissements incoercibles. Au bout d'un mois, on note un amaigrissement très-marqué des membres inférieurs. Sous l'influence d'un traitement antisyphilitique, l'impuissance motrice se dissipe, du moins pour la jambe droite, que le malade peut soulever étant couché. L'eschare sacrée, apparue au début, est en voie de guérison, et le malade sent passer ses urines. Mais l'impuissance persiste, les matières fécales ne sont pas senties et la station debout est impossible. (Thèse de Paris, Vialle.)

William Moore, *Dublin quart. Journal,* mai 1866. — Syphilis suivie de névralgie cervicale et de paraplégie.— Guérison par l'iodure de potassium.

Michael R. . ., trente-six ans, entre le 6 octobre 1864 à Mercer's Hospital. Il est fort et bien portant; l'hérédité est muette; il a fait des excès alcooliques et s'est exposé au froid. Il a eu la syphilis il y a six ans et s'est traité lui-même par du mercure. Depuis lors il n'est plus bien portant; il a eu du mal de gorge et des douleurs rhumatoïdes. Trois mois avant son entrée, cervico et scapulodynie améliorées par le traitement spécifique. Ses douleurs étaient revenues, et il les avait diminuées par les bains turcs, lorsque, dans la nuit du 27 septembre, il eut des crampes douloureuses dans la jambe droite. Le jour suivant, il fut impuissant à la mouvoir, et un sentiment d'engourdissement envahit ses deux jambes paralysées.

A son entrée : anémie, douleur et faiblesse dans la région lombaire, douleur en ceinture au niveau de l'épigastre. Grande difficulté pour émettre des urines, acides cependant et normales; impossibilité de se tourner tout seul dans son lit. Appétit et sommeil ordinaires. On prescrit : 5 grains d'iodure de potassium, un seizième de grain de strychnine et l'électrisation de la colonne.

A la fin du mois, il pouvait faire le tour de son lit, et dix jours plus tard on le renvoyait guéri.

Considérées au point de vue de leur *évolution*, les *myélites circonscrites* peuvent être classées, cliniquement, parmi les myélites non envahissantes. Elles n'ont aucune tendance à monter ou à descendre dans l'axe spinal : d'où la bénignité de leur pronostic.

Toutefois, comme elles gagnent souvent en profondeur, il importe de prévenir promptement leurs ravages.

Leur *début* est brusque, rapide ou graduel : brusque, dans le cas de Moore et chez ce malade de Jaccoud qui, au milieu d'une bonne santé, devient en trois jours paraplégique ; rapide, dans l'observ. Ire ; graduel, chez la plupart.

Leur *marche* offre toutes les transitions entre celle des myélites suraiguës et des subaiguës.

Chez le malade de H. Molière, elle évolue en dix jours ; dans une de nos observations, elle évolue en un mois.

Leur *terminaison* peut être rapidement mortelle, comme dans les cas de Molière et de Homolle. Elles peuvent rétrocéder sous l'influence d'une thérapeutique rationnelle, et enfin passer à l'état chronique. Tel est notre cas, qui, d'abord aigu, devient chronique et aboutit à l'atrophie musculaire. Tel est aussi le cas de Folet, où une hémiparaplégie brusque est suivie d'un état stationnaire.

Remarquons enfin que, si les lésions et les symptômes se superposent, les types cliniques résultant de leur association peuvent aussi se fusionner simultanément ou successivement.

Ceci nous amène à parler des *myélites aiguës non circonscrites.*

Elles peuvent envahir la moelle d'une manière *continue* (myélites ascendantes) ou d'une façon discontinue. Les cas de Westphall sont, pour ainsi dire, des formes aiguës de sclérose en plaques, et l'observation suivante nous montre une myélite aiguë en foyers disséminés, d'origine syphilitique :

Moxon, *Guy's Hosp. Rep.*, vol. XVI, p. 217 ; 1871.

L'auteur fait observer que l'on a peu décrit les myélites syphilitiques, qu'il n'en existe que trois cas dans la science, publiés par Mac Dowel, Wilks et Wagner. (Voir *Bibliographie.*)

Le 4 août 1870, entre un homme de trente-deux ans, atteint de paraplégie. Il y a sept ans, il contracte un chancre avec bubon suppuré, suivi d'une éruption cutanée légère. Depuis cinq ans, douleurs rhumatismales. Fracture de la jambe gauche et faiblesse consécutive, il y a sept ans. Début, trois semaines avant son admission : à la suite d'une diarrhée intense, il éprouve des fourmillements dans la jambe gauche,

puis dans la jambe droite, et dans la région lombaire une douleur vive que l'on attribue à une néphrite.

Deux jours avant son entrée, incontinence des matières fécales et de l'urine.

A l'examen : état général satisfaisant ; anesthésie complète des membres inférieurs, à droite depuis la crête iliaque, à gauche depuis le pli crural. Le contact, la température, la douleur n'y sont point perçus. Les réflexes sont conservés, de légers mouvements des jambes sont possibles, mais la station ne l'est pas. Cathétérisme, excitation électro-musculaire très-faible, absence de sensibilité au passage du courant.

Le mal a une évolution rapide ; vers la fin, on note l'existence d'une collection purulente en arrière de la branche gauche du maxillaire inférieur.

Le malade meurt le 24 août, d'accidents urinaires.

Autopsie. — Points de sclérose anciens au niveau de la convexité du cerveau. Pigment abondant dans les membranes de la moelle allongée. A la portion inférieure de la dure-mère spinale, taches assez nombreuses, brunes, variant d'étendue du volume d'un grain de mil à un pois. A leur niveau, la moelle est plus dure.

A la coupe, les taches semblent formées par une masse foncée molle, filante, au centre de laquelle est une couche mince d'un tissu jaunâtre, élastique, dont la consistance diffère de celle de la masse noirâtre environnante. Ces taches sont disséminées, les unes dans les cordons postérieurs, les autres dans les cordons latéraux, dont elles atteignent la surface.

Au microscope l'on remarque : 1° une *zone périphérique* composée de deux couches : l'une à cellules rondes, à noyaux, à corps fusiformes ; l'autre, plus centrale, formée de corps fusiformes pressés les uns sur les autres. Il y a donc à ce niveau une hyperplasie de tissu conjonctif à noyaux très-nombreux, parsemé de masses abondantes de myéline.

2° Une *zone centrale*, jaunâtre, constituée en dehors par une couche de transition, à noyaux et à cellules arrondies ; en dedans, par une masse amorphe, en dégénérescence granulo-graisseuse.

Les vaisseaux de la zone extérieure semblaient pigmentés. On trouve,

en outre, un foyer induré dans le centre du lobe supérieur du poumon droit, une néphropyélite à droite et une orchite double des testicules, qui renferment chacun deux formations identiques à celles de la moelle.

III.— Paralysies ascendantes aiguës, de nature syphilitique.— L'étude de ces maladies, généralisées anatomiquement et envahissantes au point de vue clinique, est encore récente. En 1859, Landry décrit leur marche ascendante. En 1869, Chevalet publie le premier cas chez un syphilitique.

Étiologie. — Elles surviennent d'ordinaire à un stade peu avancé, coïncident avec des éruptions secondaires et débutent brusquement.

Anatomie pathologique. — Leurs lésions sont souvent peu prononcées; parfois même ces maladies deviennent si rapidement mortelles, que leurs altérations n'ont pas le temps de se développer.

Gjor avait déjà signalé dans trois autopsies l'absence de modifications anatomiques. Ricord, en 1842, citait l'exemple d'un syphilitique de quarante-sept ans, guéri d'abord d'un sarcocèle et d'une exostose au pariétal gauche, puis rentré paraplégique. A sa mort, la moelle était intacte. Jaccoud objecta à ces faits l'absence d'examen histologique, mais le microscope entre les mains de Dejérine n'a montré aucune lésion appréciable. Ceci vient à l'appui des idées de cette École: l'altération dynamique précède l'altération anatomique et la produit. L'hystérie existe avant de produire les lésions des cordons latéraux et les contractures (Charcot). La fièvre typhoïde sidérante existe avant d'entraîner les lésions des plaques de Peyer, et, si la mort survient alors, c'est plutôt par rupture du nexus vital que par rupture du nexus anatomique.

En l'absence de toute lésion perceptible à nos sens, la clinique doit avoir le pas sur l'anatomie pathologique. Nous établirons donc, d'après ces données :

1° Un type de paralysie ascendante suraiguë.

Dejerine et Goetz, *Archiv. phys.*, 1876. — Paralysie ascendante suraiguë

Il s'agit d'un homme syphilitique, âgé de quarante-cinq ans, qui entre avec des douleurs ostéocopes dans les membres,

Le lendemain de son arrivée, fourmillements dans les membres et fièvre.

31 janvier — Paralysie de la vessie, douleurs intenses.

1er février. — Paraplégie complète, sans exagération des réflexes; sensibilité intacte aux membres inférieurs, qui sont le siége d'une sensation subjective de froid. Diminution dans la force des membres supérieurs.

2. — Paralysie des extrémités supérieures; incontinence d'urine.

3. — Angoisse, cyanose. 30° Réaumur, 105 puls. Mort le soir.

Autopsie. — Moelle épinière intacte à l'œil nu, comme à l'œil aidé du microscope. Le bulbe n'est pas examiné; une racine antérieure des nerfs cervicaux a semblé atrophiée. On n'a noté, pendant ce drame rapide, ni trouble trophique, ni trouble sensitif.

2° Un type aigu :

O. Bayer, *Journal central de Dublin*, analysé *in Union méd. et Bullet. de thérap.*, 1869.

Un officier de trente-cinq ans est soumis à l'observation le 5 mai 1867. Il a eu en 1863 un chancre. Cinq mois après, survient une angine, guérie en quelques semaines. L'année suivante, apparaît un exanthème papulo-pustuleux. Deux ans après, un mal de gorge guéri par les pilules mercurielles et un gargarisme chloraté. En 1866, raideur à la nuque. Apparition au niveau de la dernière cervicale d'une tu-

meur rénitente, qui ne disparut qu'en mai 1867. En décembre, tumeur au niveau de la suture fronto-pariétale.

Le 5 mai 1867. — Difficulté de mouvoir les jambes; marche facile sur un terrain horizontal, difficile sur un plan ascendant.

Le lendemain, progrès; paraplégie qui se complète les jours suivants; miction difficile, constipation, ascension aux membres supérieurs; ni crampes, ni hyperesthésie.

Le 17. — On note: mouvements restreints aux membres supérieurs; impossibilité de lever les jambes, surtout à droite; sensibilité moins affaiblie à gauche qu'à droite. Onctions mercurielles à 4 gram.; au bout de deux semaines, à 2 gram. A mi-juin, suspendre en raison de taches hémorrhagiques; 4 gram. d'iodure de potassium par jour. Le 31 mai, on le supprime. Électrisation des muscles, toniques.

Après une semaine et demie, la rétrocession commence par le retour de la sensibilité, puis de la motilité, dans le gros orteil; diminution des tumeurs crâniennes. La paralysie des jambes et des bras diminue, la miction se rétablit.

Le 10 juin. — Il peut marcher tout seul.

Le 21. — Il se lève et sort. Il n'y a pas eu de récidive.

3° Un type subaigu.

Chevalet, interne des hôpitaux, *Bull. thérap.*, 1869. — Myélite ascendante d'origine syphilitique guérie par les frictions mercurielles.

X..., âgé de trente-neuf ans, sergent de ville, entre à l'hôpital de la Charité, le 11 novembre 1868. En 1860, sa femme lui a communiqué un chancre induré, avec pléiade inguinale. Il a eu ensuite des maux de gorge et des plaques muqueuses. Pendant quatre ans il se traite par l'iodure de potassium et la liqueur de van Swieten, à 4 cuillerées par jour. Tout disparaît; il se croit guéri. Le 8 octobre 1868, rechute: diarrhée intense qui disparaît, ventre ballonné jusqu'à l'expulsion des matières fécales. Appétit conservé.

Le 2 novembre, étant de garde la nuit aux Halles, il ressent une douleur lombaire, avec parésie des membres inférieurs. Il essaye, mais en vain, de poursuivre un maraudeur qui fuit. Rentré chez lui à huit

heures du matin, il a de la peine à détacher ses pieds du sol; il peut marcher pendant deux jours, puis il s'alite.

A son entrée, on voit un individu de haute taille, bien musclé. Il se plaint de douleurs en ceinture; il est obligé de remuer ses jambes avec ses mains. Les réflexes sont éteints; pas d'atrophie. Sensations de tact, de température, de douleur, conservées. Rien aux bras; miction facile; érections rares. Céphalalgie nulle; cœur et poumons sains. On croit d'abord à une paraplégie réflexe.

23. — Envahissement des membres supérieurs, progrès rapides; paraplégie très-complète. Contractilité galvanique persistante ; réflexes exagérés par le chatouillement; douleur lombaire ascendante; parole embarrassée; céphalée.

24. — Céphalalgie disparue. G. Sée diagnostique une myélo-méningite avec paralysie ascendante aiguë. Frictions mercurielles.

1er décembre. — Mieux senti par le malade.

2. — Parole plus facile; disparition de la douleur interscapulaire.

5. — Pression de la main devenue plus puissante. Les bras se meuvent, mais l'effort est passager. On suspend le traitement pendant six jours.

11. — Mieux pour les membres inférieurs; moindre brièveté des contractions du bras.

13. — Mouvements volontaires des jambes. Selles naturelles.

15. — Station possible; les jambes fléchissent.

18. — Essaye de marcher : sa jambe traîne, mais il n'y a pas d'ataxie.

28. — Descend dans le jardin, mais avec difficulté. Peut marcher avec un bâton.

3 janvier. — Sort guéri, et pour ainsi dire ressuscité.

La *terminaison* des paralysies ascendantes syphilitiques peut se faire par des *phénomènes bulbaires*, comme dans le cas de Dejérine. Elles peuvent pourtant s'arrêter sans frapper le bulbe. La vie est alors emportée par les eschares, qui surviennent avec une rapidité effrayante. Leur gravité, qui en fait une des maladies les plus terribles de la moelle, est atténuée

par les effets du traitement (Bayer, Chevalet.) Il faut agir énergiquement et agir vite.

Leur *diagnostic* d'avec les myélites envahissantes se ferait, d'après Dejérine, par l'absence de troubles trophiques et sensitifs. S'il en était ainsi, les cas de Bayer et de Chevalet, qui ont présenté des troubles sensitifs, seraient des myélites aiguës envahissantes. De pareilles distinctions sont trop subtiles en clinique.

Le tableau ci-contre est un coup d'œil sur le chemin parcouru et sur les preuves accumulées.

I. Circonscrites	*Dans le sens vertical*	Lombaires		Rollet, avec guérison. Philipson, avec guérison.
		Dorso-lombaires		Observation personnelle, avec guérison. Philipson, avec guérison.
		Dorsale		— Homolle, avec autopsie.
		Cervicales		Valdemar, avec autopsie. Leubuscher, guérison chez des nouveau-nés. Drysdale, avec guérison.
	Dans le sens transversal	1° Hémilatérales	Monoparaplégie	Valdemar. Observation personnelle. Charcot.
			Hémiparaplégie avec hémianesthésie croisée, suivie de guérison (Folet).	
		2° Bilatérales	*Superficielles*	Philipson, avec guérison. Homolle, avec autopsie.
			Profondes	Observation personnelle. William Moore, avec guérison. H. Molière, avec autopsie.
II. Généralisées	*En foyers disséminés*	Moxon, avec examen microscopique.		
		Westphall, avec autopsie.		
	Par envahissement continu	Avec lésion	Myélites ascendantes	Bayer, Chevalet — avec guérison.
		Sans lésion	Paralysies ascendantes	Dejérine, avec autopsie et examen microscopique.

II

MYÉLITES DIFFUSES SUBAIGUES

Entre les types de myélites aiguës et chroniques, il est nécessaire d'établir un type subaigu, qui réunisse ce qui ne peut être placé sans inconvénient clinique dans l'une ou dans l'autre de ces deux grandes classes. Des lésions à marche subaiguë se retrouvent dans les myélites systématisées (observ. de Dejérine) comme dans les myélites diffuses (cas de Homolle). Telle est aussi l'évolution du mal dans une observation personnelle et dans l'histoire clinique que l'on va lire :

Buzzard, *the Lancet*, august 18, 1877. — Paraplégie syphilitique à la période tertiaire. — Fourmillements, anesthésie plantaire, douleurs en ceinture, soubresauts des jambes.— Guérison par les antisyphilitiques.

H. G., âgé de cinquante-quatre ans, entre au *National Hospital for the paralysed and epileptic*, le 28 octobre 1874. Il est atteint de paraplégie; la station est impossible. Diminution considérable de la sensibilité tactile dans les deux membres ; engourdissement de mort (*dead numbness*). Un mois avant son arrivée, il ressentait une douleur analogue à celle qu'eût produite un anneau de fer rivé autour de son bas-ventre, et des élancements dans les jambes, qui sautaient malgré lui. La vessie est intacte, et, malgré une constipation opiniâtre, le rectum ne paraît point paralysé. Sur sa face on remarque une pâleur terreuse, et une petite plaque de psoriasis à la tempe gauche.

Le début s'est fait en avril 1873, après que G. eut pris froid une nuit. Il y a eu aggravation jusqu'au mois d'août ; alors la paraplégie était complète. Il est marié, père de onze enfants qui sont vivants. Il n'a jamais souffert d'angine et il nie la syphilis. Jamais de traumatisme sur la colonne. Les viscères sont en bon état. On prescrit l'iodure de

potassium à la dose de 10 grains, augmentée jusqu'à 30, à prendre trois fois par jour.

L'amélioration commence dès le début. En janvier, il peut se tenir sans appui ; en avril, il se promène avec un bâton. Il se plaint de douleur pesante, mais non constrictive, dans la partie inférieure de l'abdomen, avec sensation de froid et d'engourdissement dans les jambes: il croit marcher sur du sable.

Il montre alors sur le dos de la main droite, près de la base du pouce, un ulcère récent, qui ressemble à une syphilide tuberculeuse ulcérée. Elle devient serpigineuse et envahit rapidement toute la face dorsale, avec lésions profondes disséminées.

En janvier, aggravation nouvelle : on prescrit alors l'iodure de mercure au lieu de l'iodure de potassium; applications mercurielles locales.

En juin, ramollissement fongueux d'une gomme dans le maxillaire inférieur, tumeur du volume d'une noisette à l'angle inférieur de l'omoplate droite. La peau s'ulcère à son niveau, et la cicatrisation ne se fait pas.

En juillet 1876, la paraplégie est radicalement guérie, mais l'ulcération de la main persiste toujours. On administre alors trois grains de mercure avec de la craie: d'abord trois fois ; puis, quand les gommes montrent une tendance à se ramollir, une fois par jour. Ce traitement se poursuit pendant toute la durée du printemps, et la cicatrisation a lieu.

En juin 1877, on administre le fer pendant un mois ; le malade peut alors faire dix milles d'une seule traite.

Buzzard admet l'existence d'une méningo-myélite à la région dorsale. Il fait remarquer que la syphilide ulcéro-serpigineuse est survenue fort à propos pour montrer la nature véritable de la lésion spinale, que l'iodure de potassium avait d'ailleurs presque démontrée, malgré les dénégations du malade. Il ajoute, enfin, que le mercure métallique, administré à l'intérieur avec de la craie, à l'extérieur avec des corps gras, lui paraît préférable à l'emploi du meilleur de ses sels.

III

MYÉLITES DIFFUSES CHRONIQUES DE NATURE SYPHILITIQUE

C'est dans l'étiologie des myélites chroniques que la syphilis est citée le plus souvent. Leur connaissance date de l'époque où Astruc signalait la difficulté de guérir les paraplégies syphilitiques. Toutefois leur étude est moins nette et surtout moins complète que celles des myélites aiguës ; car elles ont trop souvent résisté au traitement mercuriel, et leur nature véritable a été ainsi méconnue.

Étiologie. — C'est qu'elles arrivent souvent à la période tertiaire, période de destruction fréquente des éléments nerveux. Les myélites aiguës de l'époque secondaire peuvent aussi les produire en passant à l'état chronique. Souvent primitives, elles peuvent survenir après des lésions cérébrales, par un mécanisme plus ou moins bien connu. Buzzard (*the Lancet*, 22 février 1873) parle d'un hémiplégique qui eut une paraplégie avec incontinence d'urine et de matières fécales. Il guérit au bout d'un mois, par les antisyphilitiques.

Évolution. — Leurs *prodromes* sont nerveux et intestinaux, comme dans la plupart des maladies. La syphilis semble alors menacer plusieurs points avant d'attaquer la moelle. L'individu en puissance de cette diathèse, que Jaumes assimile à un tempérament morbide, est toujours un être dévié du type et vit d'une vie pathologique. Mais c'est surtout avant l'apparition de la localisation nerveuse qu'il éprouve du malaise, de la céphalée, de l'insomnie ou un sommeil troublé par les cauchemars (Lacharrière).

Sandras et Lucas Championnière considèrent la marche

progressive et lente du *début* comme un signe de myèlite syphilitique. Souvent alors prédominent des troubles sensitifs et urinaires qui font place, en s'aggravant, aux désordres plus importants de la motilité.

Anatomie pathologique. — Les lésions qui en rendent compte se ramènent à deux formes : la *sclérose* et le *ramollissement*, et prédominent à la surface. Moxon a souvent vu la symphyse des méninges et de la moelle se produire par l'intermédiaire d'un exsudat jaunâtre et de néoformations à marche lentement envahissante. Cette localisation superficielle vient à l'appui de l'opinion de Wilks, à savoir, que les lésions tertiaires sont le reliquat des lésions secondaires, les suites de la maladie plutôt que son effet direct:

1° Le *ramollissement* est signalé dans le cas suivant :

Winge, *Dublin med. Press,* 2nd series, IX, 659.— Ce médecin présente au meeting de Norvegian med. Society les préparations des moelles de paraplégiques syphilitiques traités infructueusement par le mercure et morts à Royal Hospital, 1865.

Myélite diffuse syphilitique

Un homme atteint de mal vénérien succombe à trente-neuf ans, avec une paraplégie compliquée d'eschares. A la portion moyenne de la région dorsale, la substance blanche est presque entièrement remplacée par une substance jaune gris, transparente, semblable à du mucus solidifié. Au crâne, l'on trouve une exostose pariétale.

Le microscope montre l'atrophie des tubes nerveux avec dégénérescence graisseuse et corps amylacés ; processus analogue, dit-il, à celui que l'on appelle *dégénérescence grise des cordons postérieurs,* base anatomique du *tabes dorsalis.*

Valdemar, dans plusieurs cas de paraplégie syphilitique où il a examiné la moelle, a trouvé trois fois un ramollissement bien marqué.

L'un de ses malades n'avait jamais offert de symptômes cérébraux; il était syphilitique depuis quelques années, et

présenta une paralysie incomplète de la motilité et de la sensibilité dans les membres inférieurs et dans l'abdomen, coïncidant avec des accidents tertiaires.

Après la mort, qui survint par cachexie, sans lésions cardiaques ou pulmonaires, on trouva le cerveau intact et un ramollissement au niveau de la deuxième et de la troisième dorsale.

Chez un autre, atteint de paraplégie cervicale et d'attaques épileptiformes, on reconnut, outre les lésions cérébrales, un ramollissement à la région cervicale. La même lésion, au même niveau, existait à l'autopsie d'un paraplégique qui souffrait d'une douleur cervicale intense.

2° La *sclérose* est plus fréquente et n'a rien de spécifique; il n'y a pas, en effet, de spécificité morphologique.

Ces deux altérations peuvent coïncider. L'hyperplasie est alors à la périphérie, où les apports nutritifs sont plus considérables; la dégénérescence est centrale. L'une est la conséquence de l'autre.

CHARCOT, *Archives de physiologie*

Une femme de quarante ans entre, le 18 septembre 1871, à la Salpêtrière, pour ulcérations multiples aux grandes lèvres. En 1849, elle a contracté la syphilis : on l'a traitée par les pilules mercurielles et la liqueur de van Swieten. Elle a eu à plusieurs reprises des ulcérations à la gorge, des rhagades à l'anus et des ulcérations qui ont persisté depuis.

En 1860, psoriasis plantaire et palmaire, qui céda, au bout de dix ans, à l'iodure de potassium. Cette guérison fut suivie de fourmillements, puis d'élancements douloureux dans le membre inférieur gauche, et enfin d'une parésie qui fit des progrès assez sensibles pour gêner la marche.

A son entrée, paralysie incomplète du mouvement et hyperesthésie cutanée assez prononcée dans le membre pelvien du côté gauche; à droite, anesthésie. Le mercure et l'iodure de potassium restent sans effet. Marche progressive.

11 janvier 1872. — Céphalalgie depuis quelques jours, vomissements ; douleur profonde, non augmentée par la pression, au sommet de la tête; s'irradie vers la nuque et revient par élancements. Dilatation de la pupille gauche ; langue agitée de contractions fibrillaires; voile du palais symétrique et mobile.

Rien aux membres supérieurs et à la poitrine.

Douleur spontanée au niveau de l'apophyse épineuse des troisième et quatrième dorsales ; plus vive à gauche ; s'irradie vers l'épigastre. La pression donne sur la colonne une série de points douloureux. La peau, à ce niveau, est insensible à la douleur.

Au-dessous de cette zone d'anesthésie douloureuse :

A droite, à peine si la douleur électrique et celle du pincement sont senties; le contact est perçu.

A gauche, le simple frôlement du doigt est douloureusement ressenti.

Du côté de la motilité.— A gauche, la paralysie du mouvement, très-prononcée, n'est pas absolue. La malade réussit à soulever le pied de quelques centimètres, mais elle ne peut conserver cette position. Pas de rigidité. Masses musculaires amaigries et mollasses. Les fourmillements du début reviennent de temps en temps et s'accompagnent de sensations de brûlure et de constriction articulaire. Soubresauts partiels ou généraux des membres. La notion de position est perdue : la malade, les yeux fermés, ne sait où est sa jambe ; elle ne peut la trouver avec sa main.

Les réflexes ne sont accrus ni d'un côté, ni de l'autre. Le membre inférieur droit n'est pas paralysé ; le pied gauche, au contraire, traîne et ne peut quitter le sol. La vessie et le rectum ne sont pas paralysés. Rien au cœur ni aux poumons. Ni sucre, ni albumine. Pouls à 68; température rectale, 37° à 38°8. Faiblesse extrême; peau terreuse, couverte de macules.

Le 7 février. — La malade a une attaque : elle pâlit; sa figure se congestionne ; elle se renverse en arrière ; sa respiration est stertoreuse ; elle écume.

Le 10 et le 13. — Mêmes convulsions ; on constate que le droit externe est paralysé.

Le 14. — Hémiplégie faciale à droite (la jambe gauche est paralysée); paralysie très-marquée de l'orbiculaire. Langue non déviée, luette droite ; joue droite plus colorée que la joue gauche.

17. — La papille droite est mal délimitée, à cause de son infiltration séreuse.

24. — La paralysie du facial a gagné en profondeur ; voile du palais assymétrique. Sensibilité gustative abolie du côté droit ; sensibilité tactile, au contraire, parfaitement conservée.

27. — Diminution notable, mais non abolition de contractilité faradique, du côté paralysé. Les muscles atteints répondent plus facilement que les muscles sains au courant galvanique.

4 mars. — Les muscles innervés par le facial ont perdu leur contractilité faradique. La malade devient gâteuse et somnolente. On note la paralysie de la troisième paire et une névralgie du trijumeau.

17 avril. — Névrite optique et paralysie du nerf de la sixième paire. Le membre inférieur gauche est complétement inerte, les mouvements réflexes y sont accrus ; l'amaigrissement y fait des progrès plus sensibles que dans le reste du corps.

Mort le 25.

Autopsie. — Boîte crânienne saine, dure-mère également ; sérosité dans la cavité et dans le tissu sous-arachnoïdien ; circonvolutions de la convexité aplaties, de consistance normale, sans adhérence à la pie-mère.

La bandelette optique est, *à droite,* diminuée de volume, et présente dans le sens de sa longueur des tractus gris qui séparent des portions de substance blanche. La lésion se prolonge le long du bord interne et s'accroît d'avant en arrière *à gauche* ; sur son milieu, elle offre une tache grise.

Le chiasma est altéré ; le nerf optique gauche est atrophié. Sur le *pédoncule gauche,* dans la partie qui avoisine la bandelette optique, est une tache rouge à sa périphérie, ocreuse et caséeuse à son centre. Le tubercule mamillaire gauche est moins volumineux que le droit et présente, comme le chiasma, une coloration grise.

Sur le *plancher du quatrième ventricule,* à droite du sillon médian, un peu en avant d'une ligne qui réunirait les angles latéraux, existe une plaque rouge.

Ces plaques sont sous la pie-mère. Aucune n'est profonde ; elles sont plus dures que le tissu voisin et ne font jamais saillie. La pie-mère est légèrement épaissie à leur niveau, mais elle s'en détache facilement. Toutes sont de petite dimension et se fondent graduellement avec le tissu normal.

Examen microscopique. — *Portion centrale.* — On y trouve une très-grande quantité de noyaux libres et petits et des granulations graisseuses isolées ou en amas. Il existe deux sortes de cellules : les unes grosses, arrondies, à contour très-net, à contenu finement granuleux. Le carmin fait apparaître à leur centre des noyaux oculaires. Les autres sont des cellules à contours irréguliers, anguleux, entre lesquelles se trouvent une foule d'éléments épais et raides qui parcourent en tout sens la préparation.

Portion périphérique — Elle est constituée par un tissu dense, qui se laisse facilement dissocier et se colore vivement par le carmin. On y reconnaît :

1° Des cellules arrondies, à contour légèrement irrégulier, à noyau volumineux coloré par le carmin ;

2° Des cellules araignées, qui émettent une foule de prolongements épais, opaques, résistant au carmin et ne pâlissant pas par l'acide azotique ; fragiles, ils sèment la préparation de leurs débris. Leur nombre décroît de la périphérie vers le centre ;

3° Un reticulum qui disparaît dans les parties centrales. Sur les bords des taches, dans l'intervalle des cellules araignées, apparaissent peu à peu des tubes nerveux qui font défaut à l'intérieur.

Les vaisseaux ont, à ce niveau, des parois qui présentent des traces d'irritation manifestes; on y voit des manchons de cellules migratrices et d'éléments granuleux.

La *moelle*, dont les enveloppes osseuse et fibreuses sont intactes, présente, au niveau de l'origine de la huitième dorsale du côté gauche, un renflement latéral d'un centimètre, en forme de nodosité, sensible à la palpation. L'arachnoïde, épaissie, englobe les racines nerveuses cor-

respondantes et les applique contre cette tumeur; les racines sont grises et atrophiées (la paraplégie était à gauche, l'anesthésie à droite.)

Au-dessous. — Le cordon latéral est induré dans une étendue considérable, plutôt rétréci qu'augmenté.

Au-dessus. — La lésion occupe les cordons postérieurs, jusqu'à la partie supérieure de la région cervicale. Nulle part on n'observe de ramollissement.

Au niveau de la lésion, dans toute la moitié gauche et dans les cordons postérieurs, le tissu médullaire est gris rosé ; très-vasculaire, la substance grise, envahie, ne peut être distinguée de la gaîne blanche.

Dans le membre inférieur gauche, les masses musculaires, celles du mollet en particulier, sont jaunâtres et ont notablement diminué, ce que l'on n'observe pas à droite.

Examen microscopique. — Ici nous n'avons pas de lésion en foyer comme au cerveau.

Au niveau du point de renflement, la pie-mère et l'arachnoïde, enflammées, enveloppent les racines nerveuses profondément altérées à ce niveau, et les appliquent sur le cordon latéral gauche. Celui-ci se colore vivement par le carmin ; sa partie postérieure et externe, transformée en gros faisceaux fibreux verticaux, est intimement unie à la pie-mère.

Les éléments nerveux ont disparu à ce niveau. D'épais tractus conjonctifs, partis de ce point, traversent toute la largeur du cordon pour gagner la substance grise.

La plupart servent de support à des vaisseaux couverts de noyaux nombreux, dont la gaîne est remplie de corps granuleux cellulaires. Ce tissu paraît formé de corps étoilés, pressés les uns sur les autres et laissant à peine passer un *cylinder axis.*

De distance en distance, l'on voit des corps étoilés, surtout abondants dans la substance grise des cornes antérieure et postérieure gauches, qui sont confondues avec les parties voisines. Il est même difficile de les en distinguer ; leur tissu épaissi a perdu sa transparence habituelle.

Les prolongements des cellules nerveuses et les nombreux cylindres d'axe ont disparu. A leur place est un réticulum épais, formé de filaments très-raides, qui paraissent se rattacher aux cellules ramifiées disposées dans le tissu de distance en distance.

Les grosses cellules des cornes antérieures ont persisté en assez grand nombre, ont pris la forme globuleuse, et il est difficile de suivre leurs prolongements. Leur contenu n'a pas été sensiblement modifié.

La commissure, une partie de la région moyenne de la corne droite, les deux cordons postérieurs, ont été à ce niveau envahis par le tissu morbide ; il est impossible de délimiter nettement la lésion, qui va diminuant d'intensité et tend, sur ses limites, à prendre les caractères de la sclérose ordinaire.

Dans le cordon latéral droit se trouvent deux points ou l'épaississement prend les proportions d'une véritable plaque scléreuse. L'un, situé sur le trajet des filets radiculaires antérieurs, figure un triangle à base tournée en dehors, dont le sommet confine à la corne antérieure; l'autre est au voisinage de la commissure postérieure.

Au-dessous : l'altération abandonne successivement les faisceaux postérieurs, puis les cornes grises, pour se limiter au cordon latéral gauche, qu'elle suit et qu'elle atrophie dans toute sa hauteur, affectant le caractère de la sclérose dans les dégénérescences secondaires descendantes.

Au-dessus : la lésion abandonne le cordon latéral et se fixe sur les faisceaux postérieurs, qu'elle accompagne jusqu'au bulbe.

Indépendamment de ces dégénérescences fasciculées, on trouve de distance en distance, sur la coupe, des îlots de tissu scléreux à base périphérique très-étendue.

Il y a eu, chez cette femme, dont la syphilis était prouvée par les antécédents, les symptômes et la marche des lésions cutanées, et qui présenta nettement les phénomènes de l'hémiparaplégie spinale, une double évolution des cellules araignées décrites par Debove, Jastrowitz et Golgi.

1° Par leur production exubérante, elles se sont comprimées, et, manquant de matériaux nutritifs, elles ont dégénéré dans les zones caséeuses centrales.

2° Dans d'autres parties et notamment dans la moelle, elles se sont organisées, et ont produit ce que Rindfleish appelle la sclérose multiloculaire des centres nerveux.

La syphilis a donc produit ici ce qu'elle détermine dans les

autres organes. Elle a débuté par le tissu conjonctif, devenu le point de départ d'une prolifération cellulaire active, suivie de régression graisseuse ou de passage à l'état adulte.

On voit ici que les cellules et les tubes nerveux ne sont atteints que consécutivement. Etouffés, gênés dans leur nutrition, ils s'atrophient et tombent en détritus granulo-graisseux. Toutefois cette sclérose laisse intacts des tubes nerveux. C'est là un encouragement donné par l'anatomie à la thérapeutique. C'est ce qui rend compte du succès possible de l'iodure de potassium. La sclérose supprimée, la guérison est possible si tous les éléments nobles ne sont pas détruits. Ils le sont malheureusement trop souvent. C'est que, dit Broadbent, les lésions tertiaires ont des tendances à détruire les éléments normaux actifs des tissus; guéries, elles laissent après elles une cicatrice.

C'est d'après la distribution de ces lésions médullaires que nous allons établir quelques groupes qui faciliteront l'exposition du sujet.

A. — MYÉLYTES CHRONIQUES CIRCONSCRITES

Myélites hémilatérales. —Le cas précédent, si remarquable par lui-même et par l'étude que Charcot en a faite, nous offre un exemple de myélite hémilatérale gauche avec hémiparaplégie du même côté et hémianesthésie croisée.

Drysdale (*the Lancet*, 1878) vient de signaler la paralysie isolée du membre supérieur. Le bras droit a été pris deux fois, et le bras gauche une seule.

On peut rapprocher ces observations de celles d'Owen Rees, qui, sur 20 paraplégies syphilitiques, a vu 4 monoparaplégies, l'une à gauche, 3 à droite.

Une myélite transverse par compression, ou la présence de gommes dans une des moitiés de la moelle, peuvent donner

naissance aux mêmes symptômes. La gomme étant un tissu inflammatoire, il y a donc toujours myélite quand elle siége dans la moelle, et cette myélite est diffuse, car c'est toujours du tissu conjonctif embryonnaire arrivant à la dégénérescence au centre, à l'état adulte, à la périphérie.

D'après le siége de ces gommes, nous établirons des variétés cervicale, dorsale et lombaire.

1° Wagner trouva dans la partie centrale gauche de la moelle *cervicale* une gomme du volume d'une noisette, avec noyau jaunâtre.

2° Mac-Dowel, à l'autopsie d'un syphilitique de vingt-quatre ans, qui avait eu des douleurs en ceinture et une paraplégie, trouva la région *dorsale* de la moelle ramollie, et, à droite de la ligne médiane, à ce niveau, une tumeur du volume d'un pois, ronde, lisse, offrant à la coupe une apparence fibro-gélatineuse.

3° Wilks, chez une femme paraplégique, infectée de syphilis par son mari, trouva du côté droit de la région *lombaire* un dépôt du volume d'une noix. Incisée, la tumeur était formée d'une substance opaque jaunâtre, amorphe, semblable à des productions pareilles qui siégeaient dans le foie.

Ces productions, d'après Wilks et les micrographes allemands et français, n'ont rien de spécifique; toutefois nous devons noter, avec Moxon, certains caractères communs à ces sortes de myélites en noyau :

1° La moelle n'est atteinte que sur un point limité.

2° Il survient dans le voisinage des gommes des lésions inflammatoires suivies de dégénérescences, ascendantes dans les cordons postérieurs, descendantes dans les cordons latéraux.

3° La gomme se compose, dans la moelle, d'une zone périphérique de prolifération, avec sclérose et conservation de quelques *cylinder axis;* d'une zone centrale de dégénérescence destructive des éléments nerveux et conjonctifs.

Myélites circonscrites bilatérales.— Lorsqu'elles sont superficielles, elles constituent d'ordinaire des méningo-myélites chroniques. Beaucoup de méningites aiguës et chroniques, prétendues tuberculeuses chez des enfants, sont syphilitiques, dit Broadbent. Le cas de Zambaco peut trouver ici sa place : à l'autopsie d'un syphilitique, il remarque que le pourtour de la moitié inférieure de la région dorsale et de toute la région lombaire était envahi par un épanchement gélatineux, de consistance gommeuse.

Ces myélites superficielles sont moins fréquentes à l'état chronique qu'à l'état aigu. C'est que les myélites chroniques arrivent à une époque où la syphilis creuse, et elles subsistent assez longtemps pour lui permettre de creuser davantage.

La syphilis arrive alors à produire des myélites transverses circonscrites et bilatérales, qui se traduisent cliniquement par la paraplégie ordinaire. Tels sont plusieurs des 9 cas de paraplégie syphilitique publiés par le docteur Albutt, sous la direction du professeur van Buren (*New-Yorck Journal*, 1870).

En voici d'autres exemples :

Lacharrière. — Un homme de quarante-deux ans a eu un chancre à dix-sept ans, sans accidents consécutifs. Marié depuis quatorze ans, il a pratiqué le coït debout. Huit ans avant son entrée, il éprouve de la difficulté d'uriner. Cinq ans plus tard, il ne peut se tenir debout. Les pilules de Sedillot l'améliorent; mais une récidive l'oblige à entrer dans l'hôpital. La jambe gauche, plus atteinte, traîne et ràcle la terre; la sensibilité est conservée, la miction est fréquente; le malade ne sent pas passer ses excréments. Il éprouve, la nuit, des crampes et des soubresauts. On lui administre 2 grammes d'iodure de potassium par jour. Peu à peu il arrive à marcher sans bâton. Les érections reviennent quand il est couché sur le dos. Il peut reprendre son travail sans être entièrement guéri.

Observation reproduite dans the Med-Chir. Review, 1863. — Un homme contracte la syphilis en 1843. En 1847, on le traite pour périostoses qui résistent aux spécifiques. En 1851, douleur généralisée prédominant dans la jambe droite. Cette jambe devient faible dans le courant de l'année; la sensibilité est diminuée et l'urine difficile. L'année suivante, paralysie motrice et sensitive à gauche. Il entre au service de Ricord, prend de l'iodure de potassium et subit des onctions mercurielles à hautes doses. Dans quelques semaines, la sensibilité était revenue; il restait un embarras de la parole et de l'intelligence, qui finirent par disparaître.

Même recueil (1863). — Il s'agit d'un individu de trente-six ans, de constitution vigoureuse. En 1856, il contracte un chancre dur, suivi d'accidents secondaires qui disparaissent par un traitement mercuriel.

En 1858, des plaques muqueuses, apparues aux lèvres, disparaissent par le même traitement, puis reviennent. Vers la fin de cette année, il éprouve de la parésie dans les membres inférieurs, suivie d'incontinence d'urine et, plus tard, de paraplégie incomplète. En même temps surviennent un psoriasis et la cachexie. Il ne pouvait alors marcher dix minutes durant. On lui donne de l'iodure de potassium et des toniques; on le soumet aux frictions mercurielles. En cinq semaines, l'amélioration très-marquée de tous ces désordres s'était produite.

Dans les trois cas précédents, les troubles moteurs liés aux *lésions des cordons latéraux* prédominent.

Dans une *variété postérieure*, les phénomènes sensitifs sont surtout notés, et s'accompagnent parfois d'incoordination motrice.

Lacharrière. — Un homme de trente-neuf ans a eu plusieurs chancres, qui furent traités par les sudorifiques et mirent trois ans à se cicatriser; il ignore s'il a éprouvé des manifestations secondaires. Il ressent des douleurs et des fourmillements dans les membres inférieurs, une raideur en ceinture et des fourmillements dans les deux bras, de l'incoordination dans la démarche, et enfin une frigidité génitale complète. On lui administre 2 grammes d'iodure de potassium par

jour. Peu à peu la progression devient plus facile; la miction, troublée, reprend son fonctionnement normal; les érections reviennent et le malade sort guéri.

Dans la *variété antérieure des myélites transverses* on peut ranger les cas de syphilis où la paraplégie se complique d'amaigrissement des membres inférieurs et d'atrophie. Tel est le cas de Richet. Tel est aussi le nôtre, dont l'évolution fut subaiguë.

Myélites circonscrites à une certaine étendue dans le sens vertical. — Ces diverses lésions peuvent siéger dans la moelle à différentes hauteurs: on obtient alors les variétés lombaire, dorsale, cervicale et leurs intermédiaires.

La *paraplégie lombaire* est la plus fréquente, et s'accompagne, en général, de peu de *troubles sensitifs* (Broadbent).

Ce n'est pas qu'ils ne puissent exister, même seuls. Danjoy, dans le service d'Hérard, a vu une paraplégie purement sensitive.

Les *réflexes* sont exagérés au début; leur disparition est le signe de lésions destructives. Rarement l'on observe des eschares; notre malade en a pourtant présenté.

Le cas de Charcot et celui de Winge sont des exemples de *myélites dorsales.*

La *variété cervicale,* observée par Henoch chez deux enfants nouveau-nés, est signalée par Drysdale (*the Lancet*, 1878), qui cite un cas de paraplégie cervicale coïncidant avec de l'aphasie. L'indemnité des membres inférieurs s'explique, d'après Brown-Sequard, par le siége plus superficiel des fibres qui se rendent aux bras. Hallopeau prétend, au contraire, que la lésion peut détruire d'abord les noyaux gris des membres supérieurs et les paralyser. Il faut ensuite qu'elle atteigne les cordons latéraux pour paralyser les membres inférieurs. Si elle est voisine du bulbe, l'on observe parfois de la polyurie,

et l'on assiste aux symptômes qu'a présentés un malade de Dreschfeldt (*the Practitionner*, 1875, may).

Agé de quarante-huit ans, il souffre de dyspnée, de vertiges, de céphalalgie et de palpitations. La déglutition est gênée et difficile. Le cœur et les gros vaisseaux sont indemnes. L'amélioration se produit en deux mois, par le traitement spécifique. On diagnostique une lésion syphilitique bulbaire ou péribulbaire.

B. — DES MYÉLITES DIFFUSES CHRONIQUES, NON CIRCONSCRITES

A ces formes anatomiques correspondent les formes cliniques à tendance et à marche envahissantes. Elles peuvent être ascendantes ou descendantes.

Lancereaux et Gros ont vu, quelque temps après l'apparition d'une paraplégie syphilitique, les membres supérieurs se paralyser à leur tour. Cette évolution ascendante est rare dans les myélites chroniques; si la lésion doit monter, elle le fait souvent au début.

C'est plutôt en profondeur que la lésion s'avance; notre cas en est un exemple. Au début, tous les signes de myélite superficielle et phénomènes d'excitation : douleurs, contractures, etc. Après ce stade méningitique, qui dure plusieurs semaines, surviennent une paralysie progressive et l'atrophie musculaire. Tel est aussi le cas d'un malade dont l'histoire est citée dans la Revue de Hayem. Il a d'abord une monoparaplégie qui s'améliore un peu; au bout d'un an, il est frappé de paraplégie complète.

La myélite était *descendante* chez un sujet dont parle Hallopeau. Il cumulait l'alcoolisme, l'impadulisme et la vérole. En 1868, paraplégie cervicale subite. En 1869, il traîne la jambe gauche au mois de février; au mois de mai, il traîne la droite. Puis surviennent des troubles de la parole et de la vue. L'amélioration se produit ensuite.

SYPHILOSES CÉRÉBRO-SPINALES A FORME SPINALE

L'étude de ces lésions étendues de la moelle nous amène à parler des altérations qui frappent tous les centres nerveux, en atteignant l'extrémité inférieure de l'axe cérébro-rachidien. Ici, comme dans les formes cérébro-spinales de la tuberculose et du rhumatisme, la prédominance des phénomènes céphaliques a longtemps entravé l'étude des symptômes médullaires, aujourd'hui mieux connus.

La syphilis, mieux encore que les autres diathèses, affecte à la fois le cerveau et la moelle. Buzzard (1874) affirme la fréquence de ses lésions superposées et multiples; il en fait même un bon signe diagnostique de la syphilis. Charcot (1878) crée une classe à part pour la syphilose disséminée, parmi les maladies cérébro-spinales, comme le *tabes*, la sclérose multiloculaire, la paralysie générale.

Nous étudierons successivement :

1° Les *formes spinales de la paralysie générale syphilitique ;*

2° Les *formes spinales de la syphilose disséminée.*

Les formes spinales de la série tabétique ont été étudiées à propos de l'ataxie locomotrice.

La paralysie générale syphilitique existe, et Lancereaux l'a vainement niée d'après des idées théoriques. Elle a été d'abord et surtout étudiée en Danemark : dès 1855, Esmarch et Jersen, Kjelberg et Sandberg, ont véritablement traité la question. Jespersen, Fournier, Magnan, l'ont complétée ensuite.

Comme l'ataxie syphilitique, elle ne présente ni lésions, ni symptômes propres.

Malgré tous ses efforts, Fournier n'a pu arriver à la différencier de la paralysie générale ordinaire; il a montré des variétés syphilitiques, non une espèce syphilitique.

Sa lésion est due, comme celle des myélites diffuses, à l'activité morbide de la névroglie, qui prolifère et arrive à l'état de tissu conjonctif adulte.

Ce qui se passe ici n'est que l'expression amplifiée du processus de la sclérose en plaques. Malgré la diversité des symtômes, c'est toujours le même fonds anatomique (Luys).

a) Début spinal. — Si ces lésions interstitielles débutent par la moelle toutes les formes des prétendues maladies spinales peuvent être reproduites.

Variété postérieure. — Russell (*Med. Times and Gazette*, 1874) cite un cas de guérison de syphilis constitutionnelle avec ataxie, difficulté de la parole, troubles intellectuels.

Notre observation VII parle d'ataxie, d'amnésie, d'amblyopie, d'embarras de la parole, de troubles intellectuels.

Variété latérale. — Si la myélite diffuse prédomine dans les cordons antéro-latéraux. nous avons les symptômes suivants, présentés par un syphilitique de Read (de Dublin): la paraplégie est telle que le malade ne peut se tenir sur ses pieds; l'articulation des mots est imparfaite, la mémoire est perdue, l'arrangement des idées est défectueux; il y a amblyopie double. Les frictions mercurielles amènent une guérison complète.

L'observation suivante peut ici trouver sa place :

Observation X

D..., âgé de trente ans, voyageur de commerce, né à Lyon, entre, le 15 décembre 1877, dans le service de M. le professeur Combal, où nous le trouvons couché au n° 4 de la salle Saint-Jean.

Son père est mort à trente-six ans, des suites d'un refroidissement; il souffrait de rhumatismes depuis longtemps. Sa mère a succombé atteinte de cancer au sein. Aucun état mental ou paralytique chez ses collatéraux.

Faible, petit et lymphatique, il a présenté dans son enfance des signes de scrofule; il a bégayé pendant longtemps. Vers quinze ans, il était sourd de l'oreille gauche. Aucune maladie aiguë; pas de traumatisme sur la tête ou sur la colonne.

Il contracte, à dix-neuf ans, une blennorrhagie qui lui tombe, dit-il, dans les bourses. Cette orchite double dure quinze jours. A vingt ans, nouvelle chaude-pisse, suivie de cinq ou six autres, qu'il guérissait aisément par des injections. A vingt-cinq ans, chancre unique au niveau du frein du prépuce; il n'est pas dur et survient après six jours d'incubation. Un peu plus tard, deux autres chancres.

Atteint de mal de gorge, de laryngite et d'accidents cutanés, il va à Uriage, où le médecin des eaux constate l'existence d'éruptions pustulo-squameuses au cuir chevelu, de plaques muqueuses à l'anus, et note l'adénite cervicale postérieure.

En 1876, il a des ulcérations dans l'arrière-bouche, et ses deux yeux sont atteints d'amblyopie.

En 1877, les troubles moteurs des jambes apparaissent. Il éprouve une grande faiblesse dans les extrémités inférieures; sa marche devient de plus en plus difficile : il sent, nous dit-il, que ses genoux ne fonctionnent pas. Il n'observe ni tremblements, ni contractures, ni douleurs fulgurantes, ni anesthésie. Il ne fait aucun traitement spécifique, et son mal progresse. Il est, enfin, admis à l'hôtel-Dieu Saint-Eloi, où M. le professeur Combal reconnaît la nature syphilitique de la lésion médulaire, et le soumet au traitement mixte par le sirop de bi-iodure de mercure et de potassium à doses croissantes.

Il présente, à cette époque, les phénomènes sensitifs moteurs et intellectuels suivants :

Myotilité. — Parésie motrice notable dans les deux membres inférieurs. Les jambes sont, pendant la marche, projetées à droite et à gauche, par faiblesse plutôt que par ataxie vraie; leurs mouvements sont lents, incertains, mal dirigés. Les membres supérieurs sont inhabiles. Il n'y a ni contractures, ni tremblements.

Sensibilité. — Sensations subjectives de froid dans les membres inférieurs ; pas de douleurs fulgurantes. Sensibilité tactile moindre à gauche qu'à droite. Ecartement anormal de l'æsthésiomètre. L'examen à l'aide de ce dernier instrument est d'ailleurs assez difficile, car le malade analyse ou perçoit mal les sensations de contact. Quand on appuie deux pointes, il en reconnaît deux ; si l'on vient alors à n'en appliquer qu'une, il croit encore en sentir deux pendant une ou deux minutes. Très-peu d'anesthésie plantaire.

Les *réflexes* sont exagérés, surtout à la piqûre de la plante des pieds.

Les sens céphaliques sont atteints : il y a amblyopie sans cécité complète ; l'ouïe est obtuse.

Parmi les *troubles intellectuels,* je note une diminution très-considérable de la mémoire, une grande paresse intellectuelle, de la lenteur dans les déterminations comme dans les mouvements ; le tout avec une physionomie béate et sans expression, un regard vague, une bouche habituellement ouverte et une parole embarrassée. En analysant de près les modifications de cette dernière, on la trouve lente, à phrases espacées, à mots distincts, mais prononcés avec ânonnement et avec hésitation.

Le malade, d'ailleurs, parle peu ; il n'y a pas de démence proprement dite, et le rétrécissement concentrique du champ intellectuel n'est pas encore très-prononcé.

Les autres fontions s'exécutent bien ; la miction est facile, et les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine. La constipation est opiniâtre et cède aux purgatifs, pour revenir bientôt après. Le besoin d'aller à la selle n'est point ressenti.

Au mois de janvier, on substitue le nitrate d'argent au traitement spécifique, et les douches ascendantes aux douches écossaises. Aucune amélioration ne se produit.

2° Début cérébral. — Le début peut se faire par des phénomènes cérébraux :

Rauch (de Grœtz) nous parle d'un malade qui se plaint de céphalalgie continue, devient oublieux, paresseux, niais, puis tombe dans l'enfance et l'idiotie la plus complète. L'ouïe et la vue finissent par être abolies.

Les extrémités inférieures, la vessie, le rectum, se paralysent; ensuite il survient une espèce de coma. Cet état, qui avait débuté six mois avant, disparaît entièrement par les frictions mercurielles et l'iodure de potassium à l'intérieur.

D. — LÉSIONS CÉRÉBRO-SPINALES DISSÉMINÉES

Ces formes de la syphilis nerveuse se distinguent de la paralysie générale et de la série tabétique. La complexité de leurs symptômes leur a fait accorder dans ce travail une place à part. Elles prouvent une fois de plus la vérité du mot de W. Gull : *syphilis general, syphilis universal.* Mais laissons parler les faits :

Preuves anatomiques. — Meyer, à l'autopsie d'un syphilitique, note la soudure des méninges cérébrales et un ramollissement blanc jaunâtre de la substance corticale voisine. La moelle présentait plusieurs plaques d'induration grisâtres transparentes, à noyau central ferme et blanchâtre.

Westphall (*Charité-Annalen*, 1876, p. 420) cite l'observation qui suit :

Paraplégie, démence, contractures. — Dégénérescence grise en plaques du cerveau et de la moelle

Une ouvrière de quarante-deux ans est atteinte de syphilis. Le début de sa maladie nerveuse s'est fait, il y a trois ans, par des fourmillements dans les pieds et de la faiblesse dans les jambes : elle rapporte le tout à son métier de blanchisseuse.

Le 15 juillet 1873, on note de la difficulté à retenir l'urine, une paraplégie motrice incomplète, peu de troubles sensitifs, de l'apathie et une démence légère. — Le 8 août, la paraplégie s'accentue; miction et défécation involontaires. Pas d'atrophie ; eschare à la région sacrée. Pneumonie et mort le 21 décembre 1874.

A l'autopsie: foyers de dégénérescence grise en plaques dans les cordons latéraux, envahissant les cornes et les cordons postérieurs.

Dans le cerveau et le cervelet se trouvent de nombreux foyers analogues, du volume d'un pois à celui d'une fève. On note la diminution du volume des muscles du thorax et des membres inférieurs.

Ce cas diffère de la sclérose en plaques par l'absence de tremblement, de contractures, de parole saccadée. Sa nature syphilitique est confirmée par l'existence de lésions particulières de la langue, des amygdales et des reins.

L'observation de Charcot et Gombault réunit les preuves anatomiques aux preuves cliniques que nous allons maintenant présenter.

Houstet, en 1810, publie un cas de paraplégie avec amblyopie, guéri par le mercure.

Lagneau parle d'un cas d'amaurose compliquée de paraplégie chez un syphilitique. La guérison par les spécifiques fut complète.

Lyman (*Boston med. Journal*, 1875) parle d'une myélite avec céphalalgie et chorée, guérie par les antisyphilitiques.

Drysdale, dans son travail sur l'aphasie syphilitique, note son apparition à la période secondaire ou tertiaire, de sept mois à trente ans après l'infection, et sa coïncidence avec la paraplégie lombaire dans quatre observations.

Nous avons vu nous-même, en mai 1875, dans la salle Lallemand, un syphilitique qui était atteint à droite d'un glaucome et d'une paralysie du moteur oculaire commun. Il se plaignait en même temps d'une paralysie du membre inférieur gauche.

C'est ici le moment de se demander si certaines paralysies limitées d'un membre, coïncidant avec des désordres cérébraux, ne sont pas dues à des lésions des zones motrices corticales dues à la syphilis.

Charcot, dans son étude de l'*Épilepsie partielle syphilitique*, les a notées. Il les attribue à de la pachyméningite gommeuse produite à la surface des circonvolutions frontales et pariétales ascendantes.

« Au contact de la pie-mère altérée, la substance grise cé-
» rébrale ne subit, au début, que des lésions transitoires. A la
» longue, par suite de la répétition des attaques ou par le fait
» de l'extension progressive des lésions méningées à la sub-
» stance nerveuse, celle-ci s'altère à son tour. Alors, en même
» temps que se produisent les dégénérations secondaires
» descendantes, l'hémiplégie permanente et indélébile peut
» survenir. »

Ces lésions et ces paralysies, Dowse vient de les signaler dans la syphilis congénitale :

Une fille de douze ans est admise, en novembre 1874, au *Central London sick Asylum*. Trois frères vivants, mais souffreteux. Syphilis du côté du père. La mère a eu des enfants morts jeunes et des avortements; elle a succombé à la phthisie. Jusqu'à l'âge de cinq ans, la petite fille fut bien portante; alors apparurent une ophthalmie et de l'ozène. En 1872, elle eut une attaque avec perte de connaissance, qui dura quatre heures. Puis survinrent du côté du nez des syphilides ulcéreuses, qui détruisirent rapidement le lobule. Alors les symptômes nerveux devinrent prédominants ; ils commmencèrent par de la céphalalgie, suivie d'attaques épileptiformes.

L'examen fit reconnaître : de la diplopie, la tuméfaction des disques optiques, la perte de l'odorat, une paralysie à droite de la sixième et à gauche de la septième paire, avec intégrité de la troisième et de la quatrième.

La mort survint après un certain nombre d'attaques épileptoïdes, dans lesquelles le côté droit était plus pris que le gauche. Vers la fin apparurent une aphasie légère et une paralysie du bras droit.

Autopsie. — Adhérences entre la dure-mère et le cerveau, dans les régions pariétales. Gommes dans la partie supérieure du lobule pariétal

supérieur, et, du côté gauche, dans le lobule pariétal postérieur et la circonvolution supramarginale.

Les artères présentent à la base les altérations de l'endartérite décrites par Heubner. La cinquième et la septième paire gauches sont épaissies, rougeâtres et d'aspect gélatineux.

L'auteur présente deux autres cas analogues, qu'il serait trop long de rapporter.

Ces paralysies dues à la syphilose corticale du cerveau ont été étudiées par Mauriac, dans ses leçons cliniques sur l'*aphasie intermittente avec hémiplégie droite d'origine syphilitique* (*Gazette hebdomadaire*, 1876-77). Il attribue une *parésie* labio-glosso-laryngée, survenue chez un de ses aphasiques, à une lésion du centre labio-glossique voisin de la troisième circonvolution frontale, centre dont Carville et Duret ont établi l'action bilatérale et symétrique. Le petit nombre d'observations d'aphasie intermittente avec hémiplégie droite qu'il a pu recueillir dans son remarquable travail nous engage à donner ici le résumé succinct d'un cas analogue, dont nous publierons plus tard l'histoire complète.

Observation XI

Syphilis. — Névralgie et poussées congestives de l'œil gauche. — Aphasie et hémiplégie droite survenant dans des attaques, sans convulsions et sans perte de connaissance. — Aggravation par la répétition des attaques. — Hémianesthésie et hémiplégie persistante.

R..., engagé volontaire, âgé de dix-huit ans, né à Paris, où il exerce la profession de menuisier, entre, le 25 juin 1878, dans le service de M. Lavigne, médecin principal, à l'hôtel-Dieu St-Éloi.

Son père a eu la syphilis. Sa mère n'a point été infectée ; mais, sur onze enfants, elle en a perdu dix, dont plusieurs auraient eu aux cuisses des éruptions cutanées semblables à celles de leur père.

R... lui-même avait des boutons aux fesses et était sujet au coryza quelques semaines après sa naissance. Plus tard, il présenta des

croûtes grises à la tête et des glandes au cou. Etant petit, il eut des convulsions pendant lesquelles sa figure se cyanosait.

A huit ans, les éruptions cutanées rebelles, sans douleur et sans prurit, qu'il avait depuis sa naissance, l'obligèrent à prendre des bains sulfureux qui l'améliorèrent sans le guérir.

Vers seize ans, il contracte une blennorhagie qui survient après six jours d'incubation, et s'accompagne d'adénite inguinale droite non suppurée. Cinq ou six mois après, il perd ses cheveux. Quelques mois plus tard, il a deux angines coup sur coup. Pas de plaques muqueuses; mais, à l'époque des chaleurs, surviennent des éruptions symétriques indolentes non prurigineuses, identiques à celles qu'avait son père.

A part ces exanthèmes rebelles, le malade ne signale ni pyrexie, ni traumatisme.

En juin 1877, un an après sa blennorrhagie, il éprouve à gauche et sans cause une névralgie orbitaire, avec poussées congestives du côté de l'œil, dont il constate l'amblyopie. Le médecin qu'il consulte remarque le retrécissement de la pupille gauche. Ces douleurs durent pendant deux mois.

Il s'engage le 15 mars 1878. A la suite de marches, il lui survient sous la malléole externe gauche un abcès, que l'on traite à l'hôpital de Béziers par les émollients et l'iodure de potassium.

Il était guéri, lorsque, le 7 mai, il éprouve, sans cause connue, des fourmillements et de l'engourdissement dans les extrémités. Ces sensations anormales deviennent bientôt ascendantes; elles atteignent la tête, et le malade tombe comme une masse sans pousser un cri, mais sans perdre connaissance. Il entend tout ce qui se passe autour de lui, le comprend, et se désespère de son impuissance absolue à remuer ses membres, à parler, à sentir et à voir.

Cet état dure vingt-quatre heures; puis la vue, la parole, la sensibilité, les mouvements du côté gauche, enfin la motilité du côté droit, reviennent successivement; et, le lendemain de cette attaque, il ne lui en restait plus que le souvenir.

Se croyant guéri, il sort de l'hôpital. Deux jours après, au moment de dîner à la caserne, il éprouve les mêmes fourmillements prémonitoires, puis tombe tout à coup sans choisir sa place, sans perdre connaissance et sans sentir le mal de sa chute. Dans la nuit, la vue puis la parole reviennent. Le lendemain, le côté gauche passait à

l'état normal, mais il restait une parésie très-notable du côté droit.

La troisième attaque survient à l'hôpital huit jours après la seconde et dure plus longtemps, avec intégrité du goût, de l'odorat, de l'ouïe et de l'intelligence. Pendant cinq jours, les quatre membres restent immobiles ; les yeux, la face, la langue, peuvent seuls exécuter des mouvements. Mais ici se place un nouveau phénomène : dans les deux premières attaques, le malade ne parlait pas, à cause de sa glossoplégie; maintenant il ne peut s'exprimer à cause de son aphasie. Il sait ce qu'il veut dire, il a les moyens de le dire et il ne le peut : le passage de l'idée au mot lui manque. Il est même, selon l'heureuse expression de Gairdner, intoxiqué par un mot de trois syllabes identiques : *ta ta ta*. Pour désigner son képi, il dit : *ta ta ta*. Pour répondre à une question, il répète *ta ta ta*.

Cet état d'aphasie dure trois jours ; puis, un beau matin, il peut souhaiter la bienvenue à ses camarades, écrire, chanter et désigner les objets par leur nom.

Ces phénomènes se répètent dans trois autres attaques.

A chaque ictus cérébral, l'hémiplégie droite s'est aggravée : au début c'était de la simple parésie; le malade est maintenant paralysé de tout le côté droit, excepté de la face.

C'est dans cet état qu'il a été soumis à notre observation et à notre étude.

Système cutané. — Des syphilides maculeuses se voient, ainsi que des cicatrices déprimées et pigmentées, sur le devant de la poitrine et des jambes. De nombreux boutons d'acné syphilitique et des éruptions violacées polymorphes soulèvent la peau du front, du cou et du dos. Ces éruptions sont indolentes, non prurigineuses et symétriques. L'engorgement des ganglions cervicaux et inguinaux est très-marqué. Il n'y a à la verge aucune cicatrice de chancre.

Système musculaire. — Hémiplégie droite, avec intégrité de la face ; prédominance de la paralysie au bras droit, dont la main reste fermée et le bras fléchi sans contractures. Les mouvements de la langue s'exécutent bien ; pas de déviation de la luette.

Sensibilité. — Il y a hémianesthésie de la moitié droite du corps, excepté pour la verge, la partie droite du scrotum et l'extrémité du membre inférieur droit. Le pincement, le frottement, la piqûre, la pression, la température, ne sont point perçus.

L'æsthésiomètre donne au pied droit 2 centimètres et demi; au côté interne, 3 centimètres; à la face plantaire, 2 centimètres. Du côté gauche, nous avons trouvé des résultats normaux. La cornée est sensible à droite, tandis que la sclérotique ne l'est point. La muqueuse buccale est anesthésiée du côté de l'hémiplégie.

L'œil droit est atteint d'amblyopie et de rétrécissement concentrique du champ visuel. Le goût et l'odorat sont également diminués du côté malade.

L'intelligence est vive, la mémoire assez bonne. Le malade éprouve parfois des vertiges et une céphalalgie frontale intense.

Les autres organes sont intacts.

Le malade est soumis à l'usage de la liqueur de van Swieten. Une dose de 15 gram. a suffi, au début, pour produire des selles sanglantes et des accidents dysentériformes, qui ont obligé de suspendre l'usage de cette liqueur et d'y substituer le traitement mixte par l'iodure de potassium et les frictions mercurielles.

Sous l'influence de ce traitement, les éruptions syphilitiques ont presque entièrement disparu, et la paralysie du membre inférieur droit s'est considérablement amendée. L'hémianesthésie n'a point été modifiée. Elle va être traitée par la métallothérapie et par le courant téléphonique, si voisin, par son peu d'intensité, des courants engendrés par l'application des métaux. (Voir *Montpellier médical,* juillet 1878).

L'existence de céphalalgie frontale gauche limitée, avec poussées congestives du côté de l'œil; l'aphasie, l'hémiplégie droite avec perte absolue des mouvements du bras droit, l'hémianesthésie persistante, peuvent ici s'expliquer par le voisinage de la circonvolution frontale gauche, du lobule de l'insula, du corps strié et de ce carrefour moteur et sensitif que les Allemands appellent la *capsule interne.*

Les diverses variétés de myélites diffuses et de lésions cérébro-spinales sont réunies dans le cadre suivant:

- **MYÉLITES DIFFUSES CHRONIQUES**
  - *Circonscrites.*
    - 1° A une certaine étendue transversale.
      - 1° Hémilatérales.
        - Charcot, hémiparaplégie avec hémianesthésie croisée, vérifiée par l'autopsie.
        - Drysdale, Owen Rees, monoparaplégies.
        - Wilks, Wagner, Mac-Dowel, gommes à siége hémilatéral.
      - 2° Bilatérales.
        - superficielles.
          - Homolle, méningo-myélites.
          - Zambaco, id.
          - Buzzard, avec guérison.
        - profondes
          - *a.* Variété antérieure.
            - Observ. personnelle, avec atrophie musculaire.
            - Charcot, id.
            - Richet, id.
          - *b.* postérieure. Lacharrière, avec guérison.
          - *c.* latérale.
            - Albutt.
            - Lacharrière, avec guérison, etc.
    - 2° A une certaine étendue verticale.
      - Cervicale
        - Henoch.
        - Drysdale.
        - Valdemar, 2 cas avec autopsie.
      - Dorsale.
        - Mauriac, avec autopsie.
        - Charcot, id.
        - Westphall, id.
        - Valdemar, id.
      - Lombaire.
        - Obs. personnelle.
        - Paraplégies syphilitiques ordinaires.
  - *Non circonscrites.*
    - 1° Par envahissement continu.
      - Ascendantes.
        - Gros et Lancereaux.
        - Landry.
      - Descendantes.
        - Hallopeau.
    - 2° En foyers disséminés.
      - Meyer, avec autopsie.
      - Westphall, id.
- **Syphiloses cérébro-spinales à formes spinales.**
  - Série tabétique. Voir le 1er tableau.
  - Paralysie générale.
    - à début spinal.
      - Ataxie.
        - Observation personnelle.
        - Obs. de Russell, avec guérison.
      - Paraplégie
        - Obs. personnelle.
        - Read (de Dublin), avec guérison.
    - à début cérébral. Rauch (de Grætz), avec guérison.
  - Lésions disséminées.
    - Avec autopsie.
      - Charcot et Gombault.
      - Meyer.
      - Westphall.
    - Avec guérison.
      - Lagneau.
      - Lyman.

DIAGNOSTIC

Qui morbi causam agnoverit, is facile poterit quæ conferunt offerre.
(Hipp., *de Flatibus.)*

Il faut, dit Jaumes, donner au diagnostic une couleur thérapeutique. Il ne s'agit pas, en effet, de chercher seulement les causes de la mort, comme l'a fait l'école anatomique : on doit aussi chercher les causes de la guérison. Une myélite étant donnée, il faut en trouver la lésion et le remède. Or, comme la notion de ce dernier est intimement liée à la notion de la nature syphilitique du mal, on conçoit que le diagnostic du fond l'emporte ici sur le diagnostic de la forme.

Ignorer le siége de la lésion est mauvais; ignorer sa cause est pire. Celui-là est heureux qui voit à la fois le danger et la ressource ; il fait de la science et de l'art.

I

BASES DU DIAGNOSTIC

Trois moyens principaux permettent d'arriver à établir les véritables rapports de causalité existant entre la syphilis et les scènes locales qu'elle détermine dans la moelle. Ce sont : l'*étiologie,* la *symptomatologie* et le *traitement*. C'est, en effet, de l'étude comparée des phénomènes antérieurs, actuels et

consécutifs, que jaillit la lumière du diagnostic véritable, celui qui intéresse à la fois le malade et le médecin.

1° Etiologie.— L'*interrogatoire* est difficile, dit Broadbent: les femmes sont toujours disposées à nier une syphilis, et certains hommes tiennent à honneur de garder un silence imprudent. Les *antécédents héréditaires* comme l'existence d'avortements répétés, l'énumération de lésions syphilitiques chez les ascendants et les collatéraux, renseigneront sur l'existence d'une syphilis congénitale, dont on pourra trouver les traces chez le sujet lui-même (rupia, pemphigus des fesses, kératite, coryza, dents incisives.)

L'*âge* de ce dernier mettra en éveil. Une paraplégie survenue sans cause et sans hérédité, entre 25 et 30 ans, est à bon droit suspecte. Tout paralytique général, âgé de 25 à 35 ans, est syphilitique, dit Magnan.

Antécédents pathologiques. — Les soupçons que l'on peut avoir déjà se confirment, quand on reconnaît chez le malade une syphilis antérieure et l'absence de maladies pathogéniques comme les diathèses, les intoxications, les pyrexies, les lésions cardiaques. Mais ici surgissent les difficultés : les manifestations peuvent avoir disparu depuis trente ans (Combal, Fournier, Drysdale). L'accident primitif peut avoir passé inaperçu, surtout chez les femmes (obs. de Charcot, de Dejérine). En admettant même la dualité chancreuse, la forme peut n'avoir pas été indurée (Obs. de Lacharrière, Obs. personnelle.) .

Les accidents secondaires ne sont quelquefois pas notés; mais, si le malade signale des poussées alternant ou coïncidant avec des troubles médullaires et améliorées déjà, comme eux, par un traitement spécifique, la nature syphilitique du mal sera presque prouvée.

Enfin, si la paraplégie succède à l'hémiplégie, le cas est syphilitique. Cette affirmation de Buzzard est corroborée par l'observation de Lucas-Championnière (1851), qui note dans un cas de syphilis : hémiplégie, paralysie de l'oculo-moteur commun, paraplégie, anesthésie. Disparition par le traitement spécifique, puis réapparition soudaine des accidents.

Elle, aussi, est vérifiée par le fait suivant :

Mauriac. — Un boulanger de vingt-sept ans entre, le 11 juin 1872, à l'hôpital du Midi. En 1865, il a eu un chancre mou avec bubon suppuré ; en février 1872, un chancre dur avec accidents secondaires. Il a pris le proto-iodure et l'iodure de potassium.

Le 5 juillet. — Brouillard devant l'œil droit. Photophobie sans conjonctivite. Le lendemain, prolapsus de la paupière supérieure. Amaigrissement.

18. — Paralysie du moteur oculaire commun, céphalée. Il sort guéri le 30 septembre et cesse le traitement mixte qui a été institué.

Le 18 octobre. — Céphalalgie, phénomènes encéphaliques. Hémiplégie très-incomplète du côté gauche, anesthésie légère, parésie moindre aux membres inférieurs. Amélioration et guérison par le traitement mixte.

Le 5 décembre. — Douleurs nocturnes vagues, angoisse respiratoire dix jours après. L'iodure de potassium reste impuissant. Faiblesse des extrémités, torpeur intellectuelle, céphalée, vertiges, étourdissements.

18 février. — Toutes les vertèbres sont douloureuses, la cachexie s'accentue.

23. — Paraplégie complète ; sensations de pesanteur, de pression, de consistance, presque abolies, ainsi que les sentiments de miction et de défécation. Eschares sacrée et trochantérienne.

En avril. — Convulsion, contractures des masséters et des muscles du dos. Mort.

La moelle avec ses enveloppes est blanchâtre à sa partie supérieure. Au niveau de la queue de cheval, méningo-myélite due à la propaga-

tion de l'inflammation sacrée. A 7 ou 8 centimètres de l'origine du *filum terminale*, se trouve un foyer de ramollissement indépendant de l'eschare. L'injection vasculaire est intense à ce niveau, et la substance nerveuse est tellement altérée, qu'il est impossible d'en bien faire l'examen microscopique.

2° Symptomatologie. — L'*étude clinique des phénomènes actuels*, qui donne des renseignements sur la forme de la myélite. peut aussi aider à connaître sa nature. De même que les syphilides, sans avoir rien de spécifique, ont pourtant un air de famille , de même aussi les symptômes médullaires, pris dans leur succession et leur ensemble, offrent certains caractères spéciaux qui tendent à prouver la syphilis, sans donner de son existence antérieure une démonstration péremptoire.

a) *Signes physiques.*—Parmi les *signes physiques immédiats, l'inspection* fera reconnaître l'existence de ce facies pâle et terreux que M. le professeur Combal désigne sous le nom de *faciès syphilitique;* elle renseignera sur la malignité de la vérole par la forme, la profondeur et l'étendue des syphilides ou de leurs cicatrices (cas de Homolle, de Charcot, de Dejérine); elle fera, enfin, connaître les gommes, les exostoses rachidiennes, l'atrophie musculaire, etc.

La *palpation* des organes de l'hématopoièse, comme les ganglions lymphatiques, le foie, la rate, est un bon moyen de diagnostic. La *percussion* de la colonne, son exploration par le froid, la chaleur et l'électricité, permettront de distinguer le siége de la myélite, concurremment avec les *signes fonctionnels* que nous allons étudier.

Ceux-ci sont généraux et locaux, directs et indirects.

b) *Signes fonctionnels.* — La *douleur* est ici ce qu'elle est partout : le cri de l'organe souffrant (Broussais).

La *céphalalgie* est, dit Lancereaux, le signe par excellence de la syphilis tertiaire. Très-fréquente au début des lésions

médullaires, ses exacerbations nocturnes entraînent une insomnie que la vérole peut, d'ailleurs, produire directement. Cette insomnie, signalée par Lagneau fils, produirait, d'après Georget, les localisations nerveuses.

La *douleur lombaire* spontanée est l'analogue du point de côté dans la pneumonie. Si elle survient la nuit, on doit songer à la syphilis. Keyes prétend que, durant le jour, tout phénomène douloureux est peu intense. L'observation Ire vient à l'appui de son affirmation. On peut même dire qu'en général, les myélites syphilitiques font peu souffrir et présentent peu de troubles sensitifs (Broadbent).

Lorsque la *sensibilité* est modifiée, c'est d'une façon très-irrégulière ; elle est plutôt alors pervertie que supprimée. Chez un syphilitique dont parle Jaccoud, la sensibilitité tactile était parfaite au membre inférieur droit, le plus gravement atteint; elle était diminuée du côté gauche, beaucoup moins atteint. La sensibilité thermique normale à droite était pervertie à gauche; la sensibilité électrique était conservée.

Du côté de la *mobilité*, les contractures sont rares (Lancereaux); la paralysie est, au contraire, fréquente; mais, en thèse générale, les deux membres symétriques sont irrégulièrement atteints. Cette irrégularité est même, selon certains auteurs anglais, Philipson entre autres, caractéristique de la syphilis. Owen Rees prétend que les troubles moteurs disparaissent plus aisément que les désordres sensitifs. L'observation Ire vient à l'appui de cette assertion.

Les *réflexes* sont souvent exagérés, rarement supprimés; ce qui est en rapport avec le siége, en général superficiel, des lésions syphiliques.

Les *eschares* siégent avec les troubles cutanés, du côté des troubles sensitifs; les œdèmes, les modifications vaso-motrices et les atrophies situés du côté des troubles de la motilité, ont été notés dans nos observations, mais à de rares intervalles :

c'est que ces troubles trophiques sont en rapport avec des lésions profondes et destructrices.

Peut-être aussi que bien des arthropathies, que l'on attribue à un rhumatisme syphilitique, sont d'origine nerveuse. Qui sait si l'arthrite rhumatismale elle-même, avec ses hypérémies brusques et symétriques, ses inflammations légères et superficielles, bien étudiées par Ranvier, ses fluxions douloureuses et mobiles, n'est pas liée à des désordres médullaires de nature rhumatismale? Cette idée-là est toujours aussi logique que l'opinion de Fernet, qui fait de la pneumonie un herpès du pneumogastrique.

Parmi les *symptômes généraux,* la *cachexie* est un très-bon signe. Les troubles médullaires indiquent la lésion, dit Reade; la cachexie met sur l'éveil : il faut l'étude génétique. Cet état d'anémie, d'inquiétude, de malaise et de langueur, existait chez notre atrophique. Il existait aussi chez les malades de Charcot, d'Homolle, de Dejérine et de Buzzard. Dans ce dernier cas, on vit apparaître un ulcère syphilitique qui vint, dit Buzzard, bien à propos pour le diagnostic d'une affection niée énergiquement par le patient.

Cette alternance ou cette coexistence d'accidents médullaires et d'accidents cutanés ou viscéraux appréciables à nos sens, l'évolution irrégulière et par bonds des premiers, enfin l'alternative des guérisons et des récidives (Buzzard), sont autant de preuves en faveur de l'existence d'une syphilis comme *fons et origo mali.*

3° Phénomènes consécutifs. — Les éléments d'un diagnostic indirect seront tirés des succès du traitement, de son insuccès, des résultats de sa suspension ou des suites de l'inaction prolongée.

Dans les autres méthodes, on procède directement ou par exclusion; ici, l'on commence par une hypothèse et l'on

agit par exploration : c'est la *méthode exploratrice* de M. le professeur Combal, la méthode *à juvantibus et lædentibus.* Le médicament n'est-il pas, en effet, comme le dit ce grand clinicien, une question posée à l'économie? Soit une paraplégie dont on ignore la cause : on fait le diagnostic, par hypothèse, qu'elle est de nature syphilitique ; le mercure la guérit: *Naturam morborum curationes ostendunt.*

Quand elle résiste, et cela est fréquent lorsque la vérole est ancienne, on peut avoir recours aux *agents manifestants.* Il nous faudrait, dit Swediaur, un remède qui décelât la syphilis comme l'aimant décèle le fer. En l'absence de cette pierre de touche infaillible, on tente l'épreuve des eaux minérales. On sait que les eaux sulfureuses, ou certaines autres comme Wiesbaden, Carlsbad, Luxeuil, ont la vertu de manifester des syphilis incomplètes. On les prescrit, et, sous leur influence, apparaissent des symptômes qui avaient disparu depuis vingt et trente-cinq ans. Parfois le malade lui-même subit volontairement, ou à son insu, l'influence de manifestants autrement dangereux: ce sont les conditions antihygiéniques. (Faits de M. le professeur Combal, de Moore, observations personnelles.)

Si leur action se combine à celle de la suspension du traitement spécifique, on voit fréquemment les accidents médullaires s'aggraver (James Lane, *the Lancet*).

Si la mort survient alors, l'interrogatoire thérapeutique fait place à l'*interrogatoire anatomique.* C'est ici le diagnostic de la médecine-science, qui élucide par la mort les secrets de la vie. La forme, l'étendue, le siége de la lésion, sont reconnus; mais le microscope ne nous montre que l'inflammation banale. Comme le syphilome de Wagner et de Dixon n'existe pas, on ne trouve aucun signalement histologique de la syphilis. L'économie vivante en est un meilleur réactif que l'économie morte.

II

BUT DU DIAGNOSTIC

Les questions posées au malade, à l'affection, à la maladie, par le médecin, le médicament, le microscope, sont les bases et le point de départ du diagnostic. Voyons quel est son but : ce but est de prouver l'existence et les formes de la myélite syphilitique, puis de la distinguer de tout ce qui n'est pas elle.

1° Diagnostic de la cause pathogénique. — *Le malade a-t-il eu la syphilis?* Cette question de diagnostic général différentiel ne doit pas nous arrêter. « Elle est mieux traitée » chez les maîtres du métier et plus véritablement », pour employer l'expression de Montaigne.

2° *La myélite est-elle de nature syphilitique?* La réponse nous est donnée par l'étude des phénomènes antérieurs, actuels et consécutifs. Les diathèses peuvent produire des lésions spinales. Le rhumatisme aigu (Mora) entraîne des paraplégies ; mais, en général, le début est brusque, les douleurs sont très-intenses et mobiles; elles alternent avec les douleurs articulaires. Le rhumatisme chronique produit l'irritation spinale de Hammond, l'ataxie, l'atrophie. Le diagnostic est, ici, tiré des antécédents et du succès du traitement.

Jaccoud, Graves, Curling, Potain et Ollivier, ont décrit la goutte spinale, qui se distingue de la syphilis par l'étiologie et les symptômes concomitants. Il en sera de même de la tuberculose, de la scrofule et de l'herpétisme, dont les localisations médullaires sont encore à l'étude.

Les myélites, des intoxications *professionnelles*, comme l'hy-

drargyrisme (1) (paraplégie, atrophie musculaire (G. Sée)), comme le saturnisme, ou *volontaires* comme l'alcoolisme, ont dès causes, une évolution, une symptomatologie, un traitement tout à fait distincts. Les lésions médullaires qu'entraînent les pyrexies et les maladies infectieuses, comme la diphthérie (Dejérine, *Paralysies dipthéritiques et altérations des cornes antérieures*), seront aisément écartées par l'absence d'état fébrile antérieur ou concomitant.

3° Diagnostic du mécanisme pathogénique. — *S'il y a myélite syphilitique, quel est le mécanisme de sa production?* Une lésion cérébrale (gomme, hémorrhagie ou ramollissement par artérite syphilitique), donnera des phénomènes cérébraux et une hémiplégie suivie de contractures tardives, s'il se produit une dégénérescence descendante de la moelle.

Les *névrites syphilitiques ascendantes* ont été peu étudiées, ainsi que la myélite qu'elles entraînent.

L'existence d'un traumatisme antérieur et l'examen de la colonne signaleront la *myélite par compression* consécutive à la pachyméningite du mal de Pott syphilitique ou à l'exostose vertébrale.

Le diagnostic d'une gomme des méninges sera plus délicat. On observera cependant alors le tremblement réflexe provoqué et les phénomènes douloureux extrinsèques (Charcot) qui sont dus à la sensibilité propre de la dure-mère (Vulpian) et à la compression, non de la moelle, mais des racines nerveuses.

4° Diagnostic de la nature anatomique de la lésion. — *Si la moelle est atteinte, quelle est la forme de sa lésion?* A la période tertiaire, on peut songer à une *tumeur*. Le *sarcome* a une évolution plus lente, le *gliome* également. Le *cancer* constitue la paraplégie douloureuse des cancéreux.

(1) Hallopeau, *du Mercure*. Thèse d'agrégation ; 1878, Paris.

Ni les unes ni les autres de ces productions ne présentent les rémissions thérapeutiques de la gomme. Cette dernière est infiniment rare ; elle siége d'ordinaire dans une moitié de la moelle et ne saurait, à moins de myélite concomitante, donner de phénomènes bilatéraux.

Si le malade est à la période secondaire ; si les symptômes sont intenses et se succèdent rapidement ; s'il y a de la fièvre, on peut songer à une myélite inflammatoire, analogue à l'encéphalite de Lallemand.

Si les phénomènes de dépression prédominent, et si la marche est chronique, on songera au ramollissement ou à la sclérose.

L'absence d'athérome, de lésion cardiaque (Buzzard), éliminera l'idée d'un infarctus par thrombose ou embolie. Les phénomènes vasculaires, qui prédominent au cerveau en vertu de la disposition des artères en territoires distincts et sans anastomoses (Duret), sont rares d'ailleurs dans la moelle, où il n'y a pas même d'hématomyélies, mais des hématomyélites (Hayem).

Un diagnostic d'ataxie est un diagnostic de sclérose ; c'est déjà un diagnostic de siége.

5° Du siége. — Il y a trente ans, la physiologie de la moelle se bornait à la connaissance de trois points : les parties postérieures ont un rôle sensitif, les parties antérieures un rôle moteur, les régions centrales sont le siége de l'action réflexe.

Aujourd'hui l'on arrive à différencier, ainsi que nous l'avons fait, les lésions qui siégent dans le sens vertical, celles qui occupent une certaine étendue dans le sens traversal, celles enfin qui sont limitées à certains systèmes.

Quand l'inflammation atteint le bulbe, on assiste à des phénomènes bien distincts de ceux que présente la myélite cervi-

cale ; mais il est certaines lésions, comme celles du *cervelet*, qui peuvent induire en erreur.

Tel est ce cas, d'un diagnostic difficile, où Aparicio nota des vertiges, du strabisme, de la diplopie, une céphalalgie intense et de la titubation.

6° De la marche. — Une myélite syphilitique a dans *sa marche* quelque chose d'irrégulier qui doit éveiller l'attention, elle ne s'astreint pas toujours à l'évolution classique. Ainsi l'atrophie musculaire primitive dont parle Dejérine avait débuté par les membres inférieurs, comme celle de notre malade ; elle se compliquait de paralysie des sphincters et de troubles sensitifs que nous avons également notés.

7° Des tendances. — Les tendances de la myélite sont envahissantes dans la plupart des cas. L'on peut dire qu'à la période secondaire elle tend à gagner en étendue, qu'à la période tertiaire elle tend à gagner en profondeur.

Cette dernière étude nous conduit, par la connaissance du présent et du passé, à ce diagnostic de l'avenir qui est le pronostic.

PRONOSTIC

Si le pronostic est facile dans les maladies qui ont une tendance fatale à la mort ou à la guérison, il devient très-ardu dans les myélites syphilitiques qui peuvent céder aux spécifiques, leur résister, ou entraîner la mort à longue ou courte échéance. Essentiellement contingent, il est soumis à l'appréciation de nombreuses variables indépendantes, qui tiennent, comme dit Hippocrate,« et au malade, et à ceux qui l'assistent, et aux choses venant du dehors. »

C'est ici surtout que la *notion de cause* et la connaissance de l'état pathogénique, rapport de l'effet à la cause, sont d'une importance majeure pour le médecin et pour le malade.

Le pronostic est d'autant moins grave, que l'on connaît mieux les formes, le mode et la période d'évolution de la syphilis.

Il faut ici faire une distinction: des syphilides cutanées bénignes, antérieures, aggravent le pronostic (Broadbent).

Les syphilides cutanées malignes concomitantes sont d'un mauvais augure (cas de Dejérine, Homolle et Charcot).

L'apparition précoce de manifestations tertiaires est une circonstance aggravante; la coexistence de lésions secondaires et de phénomènes médullaires allége le pronostic (Broadbent). Plus une syphilis est ancienne, plus elle laisse de traces, plus elle expose à de sérieuses récidives. La maladie qui som-

meille a alors de terribles réveils et vérifie l'assertiou de Vidus Vidius : « *Magis inducias facit quàm pacem.* »

La *nature anatomique de la lésion* a aussi une influence sur le pronostic : les formes congestives sont moins graves que les formes infiammatoires; ces dernières sont plus bénignes que le ramollissement gris ou la sclérose, qui s'accompagnent d'ordinaire de lésions destructrices des tubes et des cellules nerveuses : c'est ce qui fait la gravité plus grande des myélites systématisées. Leur résistance aux spécifiques explique la difficulté que l'on a eue à les faire admettre. Parmi ces dernières, l'ataxie, survenant à une période avancée, est la plus grave.

Siége.— La myélite est d'autant plus sérieuse qu'elle est plus voisine du bulbe.

L'*étendue* de la myélite, en profondeur, est moins grave que son extension en hauteur, au point de vue de la vie du sujet ; elle est plus grave au point de vue de la curabilité du mal.

Les *tendances envahissantes* sont à craindre, surtout dans les myélites aiguës. Nous avons vu les paralysies ascendantes entraîner avec une rapidité effrayante la mort par le poumon ou par le cœur. Parfois pourtant les maladies s'arrêtent avant l'apparition de phénomènes bulbaires. Les eschares, qui se développent alors très-vite, conduisent promptement à une terminaison fatale. Il faut donc tenir compte de la *rapidité* et du *degré* de l'ascension.

Les *périodes de la lésion* ne sont pas sans influence. Au début, quand le tissu conjonctif est encore à l'état embryonnaire, il y a de l'espoir. Son passage à l'état adulte et une circonstance agravante : plus une myélite est ancienne, plus elle a résisté, plus elle résistera.

Il n'est pas jusqu'à l'*intensité des symptômes* qui n'entre en ligne de compte ; elle n'est pas en rapport avec la malignité de l'affection, qui mord parfois sans aboyer.

Elle tient à la forme de la myélite, aux conditions du sujet, etc. On peut dire toutefois que, *cæteris paribus*, les phénomènes de dépression sont plus graves que les symptômes d'excitation.

Faisons une exception pour les contractures, signes d'incurabilité à la suite des lésions cérébrales (Lancereaux).

Les *conditions individuelles*, dont nous parlions tout à l'heure, viendront modifier profondément le pronostic.

La syphilis médullaire est d'autant plus sérieuse qu'on est plus âgé. Le sexe, le tempérament, l'état des forces, si bien étudié par les anciens, surtout à Montpellier, doivent préoccuper le praticien. La cachexie peut, en effet, entraîner la mort ou l'incurabilité, soit directement en favorisant la dégénérescence graisseuse des éléments nerveux, soit indirectement en empêchant le traitement spécifique d'être toléré.

Les *conditions extérieures*, comme le froid, aggravent le pronostic (Valdemar); les conditions antihygiéniques également (Beaumés).

Le *succès du traitement* fait des myélites syphilitiques une classe à part, et bannit le scepticisme qui envahit d'ordinaire le clinicien mis en présence d'une maladie de la moelle. Mais, parfois, ces myélites résistent aux antisyphilitiques : c'est que la médication n'a pas été instituée dès le début.

Si le traitement a été entrepris dès l'origine, c'est qu'il a été incomplet. Rien n'est plus pernicieux que ces médications instituées, abandonnées, reprises par le malade, avec ou sans les conseils d'un journal, d'un pharmacien ou d'un dictionnaire.

Ce traitement peut avoir été *insuffisant* : 6 grammes d'iodure de potassium, dit Besnier, peuvent guérir ce que 1 gramme n'a pu guérir. Enfin les efforts du médecin échouent souvent par suite des antécédents physiologiques ou pathologiques du malade.

On peut se demander, au point de vue du diagnostic de l'avenir, quelle est l'*influence des maladies intercurrentes sur les paraplégies d'origine vénérienne.*

Une seule observation de Lallier nous montre une femme syphilitique guérie de sa paraplégie par le choléra. L'action curative de l'érysipèle est encore à démontrer. Quant à celle d'ulcères vénériens concomitants, Valdemar paraît l'admettre, puisqu'il recommande de ne pas chercher à les faire disparaître. En général, de même que toute rechute est un pas de plus vers l'incurabilité, de même aussi toute maladie intercurrente est un pas vers l'aggravation des phénomènes et la mort. Telle est la pneumonie, que Stemberg considère comme amenant fréquemment l'issue fatale; telles sont aussi les diverses maladies chroniques qui se combinent à la syphilis. On peut être syphilitique et scrofuleux, comme l'on peut être lymphatique et nerveux : c'est un trait de ressemblance de plus entre le tempérament et la diathèse.

Ces diverses considérations montrent combien est fragile cette planche de salut dont parle Trousseau. Encore faut-il, après la guérison, *prévenir les récidives.* Les Français, dit Valdemar, quand un malade ne meurt pas entre leurs mains, écrivent : « Sort guéri », et ne le suivent plus : d'où leur tendance à établir la bénignité du pronostic. En Danemark et en Angleterre, où l'on est plus attentif dans l'observation clinique, on étudie plus longtemps les effets du traitement et l'on se montre plus réservé dans les conclusions : d'où la tendance à porter un pronostic plus grave, ce que confirme la statistique de Keyes.

Sur 34 cas, figurent 14 hémiplégies et 7 paraplégies. Il y a eu 7 morts et 11 guérisons.

TERMINAISONS

Ceci nous amène à présenter quelques considérations de pathologie généralisée sur les divers modes de terminaison des myélites syphilitiques. Leur marche offre autant de variétés qu'il y a de formes cliniques, et se prête peu à une étude d'ensemble.

a) L'*issue fâcheuse* peut avoir lieu : 1° par l'*évolution de l'affection primitive :* lésion des organes de l'hématopoièse, cachexie consécutive, fièvre hectique et phthisie syphilitique ;

2° Par *évolution des actes morbides :* ascension suivie de phénomènes bulbaires, extension au cerveau avec coma, convulsions apoplectiformes ou épileptiformes (Charcot), tétanos (Westphall), atrophie, eschares, *phthisie spinale ;*

3° Par les *complications locales directes ou indirectes :* troubles urinaires, urémie, septicémie ;

4° Par *maladies intercurrentes :* pneumonie (Stemberg), phthisie pulmonaire et fièvre hectique (cas de Homolle).

b) La *terminaison favorable* est rarement spontanée. Lacharrière n'en a jamais vu un cas. La rétrocession ne se fait guère que sous l'influence du traitement spécifique ; elle peut être *complète.* Le retour à la santé s'effectue alors d'une manière *rapide,* comme dans l'observation Ire; *graduelle* (cas de Moore, etc.) ou *par arrêts successifs.* La convalescence,

cette grande cicatrice, comme l'appelait Bordeu, est alors fort longue.

La guérison est souvent *incomplète :* « Il reste toujours quelque chose », dit Lacharrière. Chez notre malade, il ne restait rien. Parfois la paraplégie s'améliore sans que l'atrophie disparaisse ; parfois l'anesthésie persiste, alors que la paralysie a cessé (cas de Dejérine et de Lacharrière) ; parfois, enfin, tous les troubles médullaires persistent, mais à un degré compatible avec la vie. On obtient alors une sorte de valétudinarisme de la moelle, comparable à cet état que M. le professeur Fonssagrives a décrit sous le nom de *valétudinarisme du cerveau.*

TRAITEMENT

Perfecta curatio a causis exoritur.
(Galen., *de Method. med.*, lib. I.)

Medicus sum, non veró medicarum formularum prescriptor.
(Sydenham.)

Nous avons essayé de résoudre le problème pathogénique. Ces causes, ces lésions dont nous avons montré l'existence, il faut maintenant chercher à les supprimer. C'est là le problème thérapeutique, problème inverse du problème pathogénique et susceptible, comme le dit Barthez, de solutions plus ou moins élégantes (*Traité des maladies goutteuses*, Préface).

Quand on lit l'article *Traitement* des différents travaux publiés sur la syphilis médullaire, on est étonné de son manque presque absolu de méthode; on y cherche vainement ce *filum medicinale quod desideratur* dont parle Bacon. C'est une énumération peu philosophique des formules qui ont le mieux réussi. On songe malgré soi au mot fameux de Sydenham, et l'on se demande si, comme dit M. le professeur Fonssagrives, on a substitué à la médecine stérile des drogues la médecine féconde des indications.

Nous allons nous efforcer de montrer que, même pour la syphilis, qui a des remèdes spécifiques; même pour les lésions organiques de la moelle, qui sont l'opprobre de la médecine,

il y a place pour une thérapeutique rationnelle : la thérapeutique des indications et des méthodes, la thérapeutique de nos maîtres dans l'art de guérir.

Trois mots résumaient les bases du diagnostic : étiologie, traitement, symptôme. Trois mots résument la thérapeutique : *indication, méthode, agent*. L'*indication,* c'est le but curatif, palliatif ou prophylactique ; la *méthode* analytique, empirique ou naturelle, est le chemin vers ce but ; l'*agent* thérapeutique ou hygiénique est le moyen qui permet de l'atteindre.

Indications prophylactiques. — *a*) Il est une *prophylaxie hygiénique* de la syphilis spinale ; il faudra :

1° *Traiter les prédispositions générales.* — Modifier, s'il se peut, l'individu dans son tempérament nerveux, dans sa tendance innée ou acquise aux excès de toute espèce;

2° *Combattre les prédispositions locales.* — Si le point faible est la moelle, on s'efforce de le modifier, suivant les indications, par la suraction ou la subaction, l'exercice ou le repos;

3° *Empêcher les causes localisatrices.* — Les hatitudes, les professions qui exposent la colonne à l'action des agents extérieurs, ou qui entraînent la suractivité des systèmes moteurs et sensitifs de la moelle, seront soigneusement écartés.

b) C'est faire de la *prophylaxie thérapeutique* que d'administrer du mercure à un syphilitique qui se plaint de parésie et de fourmillements dans les membres inférieurs.

On répond ainsi à l'indication d'empêcher l'éclosion d'une maladie imminente; on aura, plus tard, à répondre à celle, tout aussi importante, de prévenir son retour.

Indications curatives.—En face d'une myélite syphilitique, surgissent trois indications majeures. Il faut traiter : 1° l'*état*

morbide ; 2° les *actes morbides*, qui sont, dans l'ordre logique, la lésion et le symptôme ; 3° l'*économie*, qui réalise l'affection et la maladie.

I

ÉMANCIPER LA LÉSION LOCALE DU JOUG DE LA DIATHÈSE

Voilà l'indication maîtresse. Traiter l'état morbide, alors même que les indications ne paraissent pas se trouver de ce côté, est notre premier devoir. « On n'use pas assez, en France, » des neutralisants des diathèses. Les Allemands et les An- » glais comprennent mieux que nous l'action des spécifiques ; » ils en usent largement, et leur pratique, moins préoccupée » des données anatomo-pathologiques, est souvent plus heu- » reuse dans les maladies rebelles. »

Ici se place une question préjudicielle : *Faut-il traiter la syphilis ?* Nous la résoudrons par l'affirmative. C'est une erreur de croire que la syphilis tend à guérir toujours d'elle-même. Une affection n'est pas comme un acte morbide ; elle est toujours nuisible. Traiter la syphilis par le mépris est fort beau sans doute ; c'est peu pratique, et le simple traitement (Fergusson, Thompson, Bœrensprung, Marsden (*Royal free Hospital*, etc.)), est beaucoup trop simple, surtout quand la paraplégie est là. Quel médecin oserait ne pas donner du mercure à un enfant atteint de syphilis héréditaire avec localisation nerveuse ? Ne serait-on pas en droit de lui retourner l'épithète d'homicide infligée autrefois, par Torella, aux partisans du mercure ?

La *méthode empirique spécifique* de Barthez doit donc ici avoir le pas sur sa *méthode naturelle*. Cette méthode spécifique attaque l'affection sans aucun intermédiaire, et l'effet en vertu duquel elle guérit ne peut s'apercevoir que chez ceux

en qui se trouve actuellement l'état morbide dont elle est le moyen curatif. Elle, ici, est servie par deux remèdes héroïques qui, pour employer l'expression de Galien, prennent l'ennemi corps à corps et le terrassent.

Ces médicaments, que nous appelons spécifiques parce que leur mode d'action nous est inconnu, ne sont pas des *spécifiques d'organes ou de tissu*, comme on l'a prétendu à tort (Küss): ce sont des *spécifiques d'affection,* ils agissent sur les forces radicales, *in posse,* non sur les forces agissantes, *in actu* (1).

Un premier point nous paraît bien démontré, dit Hallopeau (2), c'est que le mercure agit non-seulement sur les manitafestions de la syphilis, mais sur la syphilis elle-même.

L'action du mercure dans les maladies parasitaires peut s'expliquer par ses propriétés toxiques universelles; son action dans les dermatoses et dans les phlegmasies des muqueuses, par son action irritante et phlogogène; son action dans les phlegmasies, par ses effets dénutritifs et antiplastiques. Il nous est impossible de déterminer quelle est son action dans la syphilis. Quand 5 milligrammes de sublimé font disparaître des exanthèmes spécifiques généralisés, on ne saurait invoquer l'action dénutritive et antiplastique, puisque une aussi faible dose augmente le nombre des globules (Keyes (3)), agit en tonique et produit un accroissement de poids. Quand le nitrate acide de mercure guérit rapidement une ulcération syphilitique rebelle au nitrate d'argent, comment ne pas admettre une action spéciale sur un produit spécial? Les lésions syphilitiques ont une analogie frappante avec celles de la tuberculose et de la

(1) Dupré, *de la Spécificité dans les maladies.* Thèse d'agrégation. Montpellier, 1839.

(2) *Du Mercure.* Thèse d'agrégation. Paris, 1878.

(3) *The Tonic Treatment of syphilis by mercury.* New-York, D. Applelon and Co, 1877.

lèpre, et pourtant, parmi toutes ces lésions, identiques en apparence, celles-là seules dont la nature est syphilitique sont influencées.

Que conclure de ces faits, sinon que le mercure agit sur la cause même des lésions, sur leur spécificité, sur les propriétés virulentes qu'ont acquises les éléments de l'organisme? (Hallopeau.)

Paracelse disait que le mercure est l'antidote de la vérole. *Morbum curat*, écrivait Rondelet. A. Paré (1575) le comparait à un furet faisant sortir le connin de son terrier. Nous admettrons, avec Hunter et Fournier, que le mercure est le spécifique, l'antidote de la syphilis.

Il en ressort cette immense conséquence pratique, qu'ilf aut le donner dès que l'on a porté le diagnostic *syphilis,* et à toutes les périodes de la syphilis.

L'antimercurialiste Diday le recommande, en effet, dans l'induration chancreuse énorme et rebelle.

Contre les accidents tertiaires, son efficacité est incontestable. Il faut, dit Gubler (1), débuter par le mercure dans les formes hyperplastiques, qui semblent indiquer l'iodure de potassium. Telle est la règle de conduite de nombreux praticiens anglais, qui le préconisent surtout dans la syphilis héréditaire. Ce retour vers les idées des anciens faisait dire dernièrement à G. Sée : « *Le mercure a eu sa grandeur et sa décadence ; nous assistons aujourd'hui à sa restauration.*

L'histoire de l'iodure de potassium ne nous offre pas ces alternatives de faveur et de discrédit. A peine introduit dans la thérapeutique, il s'est imposé, et ses succès ont réduit au silence ses détracteurs. C'est dans les formes connectives de la syphilis qu'il réussit le mieux ; car, tout en attaquant directement le mal, il combat ses localisations sur le tissu conjonctif ou séparatif. Küss va même jusqu'à affirmer qu'il est

(1) *Comment. thérapeutiques du Codex.*

le spécifique de la sclérose. Pourquoi ne conviendrait-il pas dans les myélites interstitielles?

Mais le plus souvent il est difficile de reconnaître une localisation connective. Toutes les transitions possibles existent entre la période d'éruption générale et celle des productions gommeuses. Le diagnostic de leur degré de prédominance quand elles coexistent, de leurs rapports respectifs quand elles se fusionnent, est toujours très-malaisé.

Ces difficultés deviennent encore plus évidentes dans la syphilis médullaire : les lésions des cellules nerveuses, si voisines de celles des éléments épithéliaux, coïncident d'ordinaire avec l'inflammation de la névroglie, et la question de priorité entre ces deux altérations ne paraît pas à Erb (*Haudb von Ziemsen,* tom. XI, août 1877) encore résolue. Aussi voyons-nous les médecins osciller entre ces deux remèdes, — iodure de potassium et mercure, — au gré de leurs théories, aux hasards de leur pratique, et chercher empiriquement leurs indications.

On choisira, dit Valdemar, suivant le traitement antérieur : le mercure doit être donné, s'il n'a pas encore été employé ou si l'iodure de potassium n'a pas réussi; le calomel sera prescrit, si le sublimé n'a pu rien produire.

De ces indécisions et de l'influence reconnue du mercure sur toutes les périodes de la syphilis ressort pleinement, selon nous, la nécessité du traitement mixte. L'expérience a montré, d'ailleurs, qu'il obtient les succès les plus constants dans les diverses formes de la syphilis.

Déjà, en 1830, Mayo, avant Wallace, combinait l'emploi de l'iodure de potassium à celui du mercure, et avec d'excellents résultats.

M. Combal a toujours vu le sirop de bi-iodure d'hydrargyre et de potassium avoir plus d'effet thérapeutique que l'iodure de potassium livré à ses seules forces.

M. le professeur Courty administre d'ordinaire les pilules

de Dupuytren en même temps que l'iodure, et chacun de nous a pu vérifier les bons effets qu'il obtient dans les syphilis rebelles.

Astley Cooper disait : *More syphilis, more mercury.*

James Lane : *More syphilis, more iodide of potassium.* Nous dirons, avec nos Maîtres : plus la syphilis est rebelle, plus il faut insister sur le traitement mixte.

Ce traitement peut se faire en alternant les deux remèdes à d'assez longs intervalles, comme le voulait Chomel; en commençant par le mercure, ainsi que le recommande Gubler; ou en donnant simultanément les deux remèdes, selon la méthode ordinaire.

On peut les faire absorber tous deux par la muqueuse digestive, comme dans les sirops de Puche, de Boutigny; ou combiner, comme le fait Charcot, les frictions mercurielles à l'usage interne de l'iodure de potassium à doses élevées, dans une *attaque de vie force.*

Mais, pour que cette thérapeutique audacieuse puisse être longtemps instituée, il faut, tout en obtenant l'absorption, chercher la tolérance, qui favorisera la *fonction thérapeutique* du médicament. Je dis fonction thérapeutique : il n'y a pas, en effet, une différence radicale entre la nature des phénomènes physiologiques, pathologiques et thérapeutiques. (Cl. Bernard, (*Introduction à l'étude de la médecine expérimentale.*)

C'est dans le but d'obtenir cette tolérance que l'on doit remplir les indications suivantes :

1° *Combattre les complications générales ou locales ;*

2° *Préparer l'individu par le régime et l'hygiène ;*

3° *Choisir, suivant les malades, les formes, les modes d'administration, les doses.*

Modes d'administration. — 1° *Mercure.* — Les *fumigations* mercurielles, tant vantées par Jacques Catanée en 1502,

peuvent être délaissées ; elles congestionnent le cerveau (Lacharrière).

Préconisées par Bologninus, les *frictions* sont trop négligées en France. Siegmund (de Vienne) les remet maintenant en faveur. Elles ont leur efficacité, car elles font pénétrer le mercure, soit en *gouttelettes* par la peau (Eberhard, Overbeck, Fleischer, 1877), soit surtout en *vapeurs* par le poumon ou par les glandes sudoripares (Gubler).

Charcot les préconise dans la syphilis nerveuse, et Chevalet nous montre une paralysie ascendante guérie complétement par elles.

Les *bains* de sublimé seront indiqués dans certains cas d'intolérance gastrique. Reade (de Dublin) a guéri des paraplégies par la *méthode endermique*. Quant à la *métode hypodermique* (Hebra, Scarenzio, Berkeley-Hill, Liégeois), elle n'a point encore fait ses preuves en syphilis médullaire. Elle sera surtout indiquée chez les enfants et contre les syphilides rebelles. Ici l'action générale se joindra à l'action locale. Pour prévenir la trop grande intensité de cette dernière, on emploiera le sublimé en solution albumineuse, associé à l'opium.

Pour l'*usage interne*, Buzzard et nombre de praticiens anglais préfèrent la forme métallique, l'*hydrargyrum cum cretâ* par exemple. En France, on emploie surtout les sels, et parmi eux le bichlorure.

Quand le malade a ce que Ricord appelle, dans son style plus jovial que scientifique, le *scrofulate de vérole*, il faut donner les iodures de mercure. Ces dernières préparations ont souvent réussi dans les cas de paraplégie que nous avons consultés. Owen Rees préconise alors le calomel. On pourrait se demander si ce dernier remède ne trouverait pas une indication spéciale dans les méningo-myélites.

L'existence de l'*hyperexcitability* de Bell semblerait indiquer l'usage du bromure de mercure à la dose de 2 milligr. (Werneck).

2° *Iode.* — C'est à l'état d'iodure de potassium que l'iode réussit le mieux dans la syphilis en général, et dans la syphilis médullaire en particulier. Ceci peut s'expliquer par une action locale contemporaine de l'action générale. Il a, dit Brown-Sequard (1), un grand pouvoir absorbant : il modifie puissamment les dégénérescences grises de la moelle ; l'on ne l'emploie pas assez.

L'*iodure d'ammonium*, employé par Berkeley-Hill (*Bullet. thérap.*, 1872), a réussi à guérir en quinze jours des troubles sensitifs et de la parésie des membres. Nous avons vu nous-même cette préparation donner de légitimes succès à M. le professeur Dubrueil.

Préconisé en 1852 par Gamberini, l'iodure de sodium peut, dans certaines cachexies, être préféré, car en général les sels de soude sont moins nuisibles que les sels de potasse.

Doses. — L'influence thérapeutique des doses est très-considérable. Avant Hahneman et Rasori, on avait reconnu, à Montpellier, que les effets médicateurs d'une même substance varient du positif au négatif, suivant les quantités employées.

Il en est ainsi pour l'iodure de potassium et pour le mercure, qui, à hautes doses, diminue le nombre des globules rouges et produit l'asthénie.

Deux méthodes sont préconisées dans l'administration de ces remèdes. Les uns, comme Charcot et Buzzard, débutent par de hautes doses d'iodure et arrivent rapidement à 10 gram., qu'ils ne dépassent pas. En effet, des doses comme 14 et 20 grammes (Henry Smith, *King's College Hospital*) sont graves. D'autres, comme M. le professeur Courty, débutent par de petites quantités pour arriver, en augmentant graduelle-

(1) Leçons sur les *Paraplégies des membres inférieurs*.

ment de 25 centigr. par jour, à 6 ou 8 grammes. Les hypersécrétions des muqueuses et les éruptions médicamenteuses internes ou externes indiquent la saturation de l'économie. Pour faciliter la tolérance, on administre le remède dans des excipients qui sont à la fois des adjuvants et des correctifs (sirop des cinq racines apéritives, sirop de quinquina).— Nous inclinons vers la seconde méthode : quand on est sûr de frapper juste, il faut frapper fort ; mais, dans les incertitudes de l'art, on est souvent obligé de poser d'abord à l'économie une question bienveillante. Plus tard, cette question devient un ordre.

Ces médicaments administrés, il faudra :

1° *Faciliter leur absorption* par le régime et l'exercice;

2° *Les évacuer parfois, si la dose a été trop forte et la saturation trop grande* (mercures et sudorifiques);

3° *Suspendre par intervalles pour remédier à l'accoutumance ou à la déglobulisation.* C'est la méthode des frictions successives de Nicolas Massa, des traitements successifs de Fournier;

4° *Combattre ce que Jaumes appelle la maladie du remède.* Dans certains cas, en effet, par une cause inconnue qui a nom idiosyncrasie, un remède devient un poison et produit dans l'économie une sorte de traumatisme interne et caché (1).

Un de nos malades a eu, après l'administration de 15 gram. de liqueur de van Swieten, des selles sanglantes et des phénomènes dysentériformes.

La *stomatite* doit être supprimée (Chicoyneau). Il peut être utile pourtant, dans certains cas, d'entretenir un certain degré d'irritation gingivale. Cette dernière coïncidait, chez le malade de Mauriac, avec chaque amélioration. Vers la fin, la

(1) Voir à ce sujet Chauffard, *de la Spontanéité et de la Spécificité dans les maladies.* Paris, 1867, p. 91.

salivation ne put être obtenue : les phénomènes médullaires s'aggravèrent et la mort survint : c'était là l'*hydrargyris mitis* d'Alley. Elle peut devenir *maligna :* O. Bayer parle de taches hémorrhagiques étendues, survenues chez un paraplégique traité par le mercure. Il fallut recourir à l'iodure de potassium.

Ce dernier aurait, d'après Hutchinson, le tort de produire le mal de Bright. Un pareil reproche pourrait, avec plus de raison, être fait au mercure, qui, à hautes doses, entraîne l'anurie et l'insuffisance rénale, trouble l'évolution des albuminoïdes et amène des thromboses (Bouchard, Siredey).

Cette erreur a, d'ailleurs, été réfutée par Broadbent, qui a vu un épileptique atteint de syphilis guérir après avoir pris durant sept ans de l'iodure de potassium, et cela sans accidents néphrétiques.

L'iodisme aigu est beaucoup plus fréquent quand on manie mal les hautes doses. Dans le cas de Folet, une dose de 10 grammes d'iodure entraîna du coryza et un état gastrique grave. Durant une année le traitement fut sept fois suspendu.

II

INDICATIONS TIRÉES DE LA MALADIE

La méthode analytique (1) de Barthez, l'illustre auteur de l'*Esprit des lois thérapeutiques*, est ici mise en usage.

On divise pour mieux guérir. Avec elle, on démolit pierre à pierre l'édifice du mal, quand la méthode spécifique n'a pu le faire sauter. Alors même que les spécifiques sont efficaces, on ne doit point la négliger ; elle facilite leur action. Employer simultanément la méthode empirique et la méthode rationnelle,

(1) Jaumes préfère employer le mot *élémentaire*. L'on fait, en effet, toujours une espèce d'analyse, même dans la méthode naturelle.

c'est faire, qu'on nous permette cette comparaison, le travail double et rapide de l'ouvrier qui combine la sape et la mine.

Les indications curatives de la maladie se tirent des *éléments morbides,* des *lésions* et des *symptômes*, de leurs *périodes,* de leurs *tendances* et de leurs *intensités* respectives.

Il n'y a pas, à proprement parler, de maladie simple. Toute manifestation de l'état morbide, dit M. le professeur Combal, se compose, en dernière analyse :

1° D'un *élément nerveux;*

2° D'un *élément fluxionnaire ;*

3° D'une *altération de nutrition.*

Cette notion de pathologie générale, appliquons-la à un cas particulier, à la myélite syphilitique. Qu'y trouvons-nous ?

Il y a d'abord des *troubles nerveux* vaso-moteurs et une rupture, au profit de la moelle, de l'équilibre ordinaire de matière et de force : c'est *la fluxion* (1).

L'exsudat interstitiel et parenchymateux, la migration, la prolifération des éléments cellulaires, viennent ensuite: c'est *l'altération de nutrition* (2).

Des désordres fonctionnels résultent de cette modification nutritive de la substance nerveuse, ils seront combattus selon leur degré de prédominance immédiate ou consécutive.

1° Indications tirées de l'élément fluxion. — C'est surtout au début, dans les myélites congestives et rapidement envahissantes, que l'indication tirée du mouvement fluxionnaire est prédominante.

Comme la résistance vitale, comme la métastase, la fluxion

(1) Dupré, *des Fluxions de poitrine de nature catarrhale*, in *Montpellier médical*, 1860.

(2) Grasset, *Fluxions de poitrine de nature catarrhale*, in *Montpellier médical*, 1874.

est un fait, non une théorie. Sa doctrine, formulée par Hippocrate, oubliée au moyen-âge, restaurée par les cliniciens du seizième siècle, obscurcie par le naturisme, a été reprise et exposée par Barthez d'une façon magistrale. (Grasset, article Fluxion du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*.)

En dehors des spécifiques, on a peu de prise sur la lésion réalisée des centres médullaires; on a de la prise sur la fluxion. Quand le sang s'accumule dans la moelle, en vertu de ce trouble de l'équilibre circulatoire qui est la fluxion, il produit la congestion. La congestion est un symptôme; la fluxion est un élément de maladie. Si l'on traite la congestion, il suffit d'enlever du sang. Si l'on traite la fluxion, on emploiera une méthode dont Barthez a posé le premier les principes, méthode qui s'élève au-dessus de la médication empirique de toute la hauteur qui sépare la médecine des éléments de la thérapeutique des symptômes.

Toute fluxion n'est pas bonne à supprimer; mais, quand elle se porte sur un organe aussi important que la moelle, elle doit être traitée. On la détournera vers l'organe dont elle est partie ou sur un organe moins important : vers le système tégumentaire, dans la myélite syphilitique; vers la région anale ou lombaire, dans la paraplégie cervicale.

Au début, on la portera *loin du lieu :* c'est la période de *révulsion*, période souvent courte et souvent méconnue, surtout dans les hôpitaux, où les malades arrivent, d'ordinaire, avec des lésions depuis longtemps réalisées. Les révulsifs cutanés et intestinaux, légers d'abord, puis plus énergiques, rempliront cette indication majeure.

Quand l'acuité des phénomènes sera diminuée, l'on aura recours à la *dérivation*. On emploiera, au début, les dérivatifs passagers et peu énergiques : saignées dérivatives, vésicatoires; plus tard, des moxas et des pointes de feu. Ce dernier moyen, employé depuis longtemps par M. le professeur Courty,

a amené une guérison complète chez un paraplégique atteint de syphilis, mais dont l'histoire clinique n'est pas assez nette pour prendre place dans ce travail. Le malade, sorti de l'Hôpital général, reprit ses travaux. Il vient d'avoir, au bout de dix ans, une récidive de sa paraplégie, que les eaux de Balaruc ont améliorée (1).

Quand la maladie est chronique, le remède doit être chronique (Peyrilhe). On ne peut détruire en un jour l'œuvre de plusieurs années. Les cautères, produisant cette dérivation longue et soutenue que réclame Potain dans les maladies du cœur, seront alors indiqués.

Nous ne parlerons pas de la médication déplétive et contro-stimulante. On ne saigne pas dans les diathèses; on n'appauvrit pas l'économie dans les processus pauvres. On songe plutôt à relever les forces et à ramener à son type normal la nutrition pervertie.

2° Indications tirées de l'altération nutritive.—Dans la syphilis, la nutrition générale est entravée par les lésions des organes de l'hématopoïèse et l'infection du sang; dans les myélites syphilitiques, la nutrition locale peut être troublée par les modifications des centres trophiques.

Ces altérations des centres nerveux nécessitent l'emploi des médicaments *éliminateurs des produits anormaux*.

L'iodure de potassium est ici doublement indiqué, surtout quand les éléments de la névroglie sont encore à l'état embryonnaire. Il a un rôle altérant, et c'est à ce titre qu'on l'administre parfois à petites doses. On en fait alors une sorte d'aliment, comme l'huile de foie de morue.

(1) Nous étudions, à cette heure, dans le service de M. le médecin principal Lavigne, une sclérose latérale dont la marche ascendante a été suspendue par la cautérisation actuelle de la région lombaire. Le membre supérieur droit, qui avait été pris, est revenu à l'état normal.

C'est aussi à titre d'altérant que l'or est indiqué.

Chrestien, en 1811, l'a considéré à tort comme le spécifique de la syphilis. Duncan le préconise dans la cachexie des syphilis rebelles. M. le professeur Combal l'emploie à l'état d'oxyde précipité par l'étain, ou de chlorure d'or et de sodium. Il fait faire avec 0,05 centigr. de ce dernier corps 12 tablettes de chocolat. On en donne deux par jour; on diminue ensuite, tout en conservant la même quantité de chlorure d'or, le nom-des pastilles, que l'on administre toujours à la dose de deux par vingt-quatre heures.

Parmi les éliminateurs des produits anormaux, se placent beaucoup d'agents de la médication biocratique (Fonssagrives).

Ces modificateurs des fonctions existant déjà (Jaumes) sont les sudorifiques, auxquels on doit revenir; les diurétiques, les purgatifs salins, préconisés par Delmas. L'eau de Balaruc, les pilules de Buntius, le jaborandi, etc., seront les agents de cette méthode imitatrice des moyens mis en œuvre par la nature.

En s'adressant ainsi directement à la lésion, on réussira mieux dans le traitement de l'élément nerveux, que nous allons entreprendre.

3° Indications tirées de l'élément nerveux. — *L'élément nerveux,* qui existe dans toute maladie, est ici prédominant. Son intensité varie suivant l'âge, le tempérament, la profession du sujet, suivant l'état aigu ou chronique de la myélite, suivant enfin l'étendue de ses lésions.

Son étude demanderait un volume, et nous ne pouvons lui consacrer que quelques lignes. Contentons-nous de tracer un plan général de son traitement.

Pour le traiter, il faut le diviser en des symptômes constitutifs:

troubles sensitifs, moteurs, intellectuels, trophiques, et combattre successivement ces derniers suivant leur importance.

Comme ici tout est symptomatique, on ne peut ni respecter l'élément nerveux, ni le laisser s'épuiser, ni attendre qu'il disparaisse par un nouvel état pathologique.

a) *Troubles sensitifs.* — La *douleur* est parfois au début un sujet d'indication. Peu intense d'ordinaire dans les myélites syphilitiques, elle trouvera pour la supprimer divers narcotiques et anesthésiques locaux, et notamment les préparations salicylées (1), que nous avons vues produire de bons effets contre les douleurs fulgurantes des ataxiques.

L'*anesthésie* sera traitée par les courants interrompus (Vulpian, Grasset) ou par les courants continus. Nous avons exposé ailleurs les résultats comparatifs des diverses méthodes d'électrisation. (*Montpellier médical,* juillet 1878.) Ces derniers moyens pourront, dans certains cas, agir en *régulateurs de la sensibilité,* et modifier l'hyperesthésie ou les sensations subjectives.

Myotilité.— b) *Troubles moteurs.* — Exagérée ou pervertie, la myotilité donne lieu à des tremblements, à des convulsions, à des conctractures.

Pour dissiper ces phénomènes, les amyosthéniques et les nomocinétiques seront pleinement indiqués.

Tels sont : les bromures de potassium, d'ammonium ou de camphre, les solanées vireuses, les narcotiques, les pulvérisations d'éther sur la colonne vertébrale.

Les *phénomènes de dépression* sont autrement graves. *Traiter*

(1) Caizergues, l'*Acide salicylique et les salicylates;* Montpellier, août 1877; travail cité dans le *Traité de thérapeutique* de M. le professeur Fonssagrives, tom. Ier.

la paralysie, voilà l'important; la guérir, voilà le but. On emploiera successivement et suivant les indications :

1° *Des moyens mécaniques.* — Massage, percussion, pétrissage, acupuncture, gymnastique, frictions simples ou aromatiques.

2° *Des agents physiques.* — Le *froid* peut être très-utile pour réveiller la contractilité musculaire. Les douches ordinaires, ascendantes ou descendantes, générales ou locales, les bains russes, etc., combinent son action physique à l'action mécanique.

L'*électricité* est contre-indiquée quand il y a des phénomènes d'excitation. On doit éviter d'électriser le cerveau, car la congestion pourrait s'ensuivre. Débutant par des doses faibles et graduelles, on pratiquera une sorte de dissection des divers muscles et de leurs faisceaux. Pour diminuer la douleur, il suffira d'appliquer sur la peau les deux électrodes mis au contact (Duchenne). Le courant musculaire et le courant névro-musculaire seront successivement employés, sans précipitation comme sans découragement. Il faut se souvenir que l'écueil de la faradisation, comme celui des eaux minérales, est l'intempérance et l'irrégularité avec lesquelles on en use.

Quant aux courants continus, leurs effets sont encore à l'étude en Allemagne. Avec eux, Remak a électrisé la moelle dans la paraplégie. Le courant descendant, qu'il préconise, a été employé avec succès sous nos yeux par le professeur Dubrueil, dans un cas de paralysie des membres inférieurs par commotion de la moelle. Ces courants ne sont pas toujours innocents, comme le prétend Remak, et nous les avons vus produire un état fébrile qui obligeait à les suspendre.

Quant aux résultats de la galvanisation musculaire, on peut dire qu'ils sont diagnostiques et curatifs.

Sans insister sur la description allemande des modifications pathologiques de la contractilité galvanique (réaction de dégénérescences, etc.), on peut dire que ces modifications offrent un moyen de reconnaître, sur le vivant, l'état anatomique du nerf ou du muscle, et de signaler fréquemment la curabilité ou l'incurabilité d'une lésion périphérique.

3° *Des agents empruntés à la matière médicale.* — La matière médicale nous fournit la noix vomique, préconisée par Stemberg dans les paralysies syphilitiques; la brucine, la physostigmine (1), l'ergotine, etc., dont l'action pourra être combinée à celle d'autres agents d'une thérapeutique rationnelle, qui doit, dit Mauriac, toujours accompagner l'usage des spécifiques.

c) Les *troubles intellectuels* ne deviennent apparents que lorsque la syphilis frappe le cerveau et en ébranle les facultés; mais il est parfois une sorte d'éréthisme nerveux inhérent à l'adynamie, ou une espèce d'irritation spinale (Hammond), dont les toniques associés aux antispasmodiques auront assez facilement raison.

d) Les *troubles trophiques* peuvent enfin, par leur intensité ou leur persistance, préoccuper le médecin. On préviendra l'extension des eschares par les *water matress* et l'iodoforme; l'exagération de l'atrophie, par l'électricité; l'aggravation, la cystite ammoniacale, par l'acide benzoïque, les lavages de la vessie, etc. La pneumonie peut, dans certains cas (Fernet), être un trouble trophique comme la cystite. D'ordinaire, c'est une véritable complication, une maladie surajoutée à l'affection primitive. Son apparition est toujours grave (Stemberg) et nécessite une intervention énergique et rapide.

(1) *On the use of physostigma*, in *Some nervous Affections*. Sydney Ringer, M. D. (*the Lancet*, december 22, 1877).

L'indication tirée des complications se retrouvera à propos de toutes les maladies intercurrentes. Nous n'insistons pas.

III

INDICATIONS TIRÉES DU MALADE

L'on n'a pas, dit Dumas, des maladies à traiter, mais des malades (1).

Chacun conçoit à sa manière la cause morbifique. La maladie, semée sur le terrain individuel, y trouve des prédispositions physiologiques ou pathologiques innées ou acquises, qui la modifient profondément.

Si l'économie fait la maladie, c'est elle aussi qui la guérit. « Comme toute maladie, la diathèse syphilitique guérit, non par les efforts de la thérapeutique, mais par les seules forces de l'organisme. » Sans aller aussi loin que Lancereaux, l'on peut dire qu'un bon état somatique favorise le retour à la santé, par la résistance offerte au virus et par la tolérance apportée aux remèdes.

Comme toutes les diathèses, la syphilis est une vieillesse anticipée et morbide; il n'est pas, dit Broadbent, de maladie qui transforme plus vite un enfant en un vieillard.

L'indication principale sera donc tirée de l'état des forces. disons mieux : de l'état de la force vitale.

Dans l'organisme vivant, il n'y a pas des forces, mais une force. Cette force se traduit par des énergies agissantes et radicales. D'où deux règles à suivre :

1° Augmenter les forces radicales;

2° Utiliser les forces agissantes.

(1) C'est plus tard que Requin a écrit : « Ce n'est pas un vain jeu de mots que de dire qu'on n'a pas des maladies à traiter, mais des malades. »

Les *toniques* remplissent la première indication.

Les *stimulants,* qui donnent une secousse passagère à l'économie, seront peu employés dans les myélites, à moins qu'ils n'aient pour but de produire un effet perturbateur.

Nous donnerons la préférence aux agents *stimulants et toniques* (1).

Le *régime* est à la fois stimulant et tonique; il augmente les forces *in posse*, et les forces *in actu.* C'est un adjuvant, dit Forget, qui manifeste les vertus des remèdes les plus efficaces. Il en est de même du séjour à la campagne, qui est le milieu des *reconstituants.*

Ces derniers, comme le vin de quinquina, les ferrugineux, etc., doivent accompagner toujours le mercure. Une syphilis traitée sans toniques, dit M. le professeur Courty, a beaucoup de chances de résister et de lasser la patience du médecin. Quand le mal en est arrivé à la période de cachexie, dit Duncan, il faut recourir aux iodés, à l'or, à l'arsenic, et l'on obtiendra de bons effets.

L'*hygiène* la mieux entendue sera enfin recommandée aux malades, ainsi qu'une vie calme et des voyages dans des climats relativement chauds, comme Menton et l'Italie. L'absence absolue d'excitation et de suractivité fonctionnelle des systèmes moteurs et sensitifs de la moelle épinière sera nécessaire et quelquefois suffisante.

Le traitement hygiénique est déjà un traitement moral; l'on se souviendra pourtant du précepte de N. Massa :

Lætentur et sint jucundi, fugiant plorantes et loca tristia. (*De Morbo gallico tractatus,* cap. XV.)

Voisines des remèdes hygiénique, sont les eaux minérales, sorte de thériaque naturelle, difficile à manier comme à théoriser.

(1) Tels sont les vins généreux, comme le bordeaux, qui agit par le fer comme tonique, et par l'alcool comme stimulant.

De même que l'opium administré en totalité fait par ses nombreux alcaloïdes une sorte d'analyse thérapeutique (Pécholier, *Leçons orales*), de même aussi les eaux minérales font de l'analyse thérapeutique.

Les unes remplissent des indications tirées de l'*affection*, les autres s'adressent à la *lésion* ou au *symptôme*; d'autres, enfin, opèrent, dans l'*individu* syphilitique, ce remontement général dont parle Bordeu.

Plusieurs réunissent ces vertus diverses.

I. — Pour agir efficacement contre une syphilis rebelle, il faut : 1° *manifester ses actes morbides cutanés.*

C'est un fait d'observation, et Mauriac insiste là-dessus (1), que l'absence fréquente de manifestations cutanées dans la syphilis des centres nerveux.

2° *Agir sur ces manifestations par les spécifiques.*

Les eaux sulfureuses et le traitement mixte remplissent cette double indication. M. le professeur Dupré a constaté souvent, à Luchon et à Cauterets, que l'association de la cure hydrothermale au traitement de la syphilis en augmentait la tolérance et lui permettait d'agir avec plus d'efficacité.

Il faut seulement surveiller l'administration des sources sulfureuses, en graduer les effets et choisir, dans la gamme si riche de ces eaux, avec ce talent qui n'appartient qu'aux grands praticiens. Pour faciliter leur absorption, M. le professeur Combal les coupe parfois avec du lait et a soin de faire marcher après qu'on les a ingérées ; il associe à leur usage des cures de raisin et de petit lait. C'est par cette fusion utile des eaux minérales, de l'hygiène et des spécifiques, qu'il a pu guérir plusieurs glycosuries syphilitiques rebelles,

(1) Mauriac, *Leçons sur la syphilose corticale,* in *Gazette hebdomadaire*, 1876-77.

et améliorer de nombreux cas d'ataxie également syphilitiques.

II. *Indications tirées de la lésion.* — D'après Guénau de Mussy, ces eaux sulfureuses auraient une action atrophiante sur les néoplasmes en voie de prolifération. Cet effet sera encore plus marqué dans les eaux chlorurées sulfureuses, comme Uriage (sulfo-chlorurées iodique), Gréoulx (sulfo-chlorurée calcique), Aix-la-Chapelle, etc., qui nous amènent par des transitions graduées aux eaux chlorurées faibles (Néris, Luxeuil) ou fortes (Wiesbaden, Bourbon-l'Archambault, Balaruc).

Cette dernière eau est puissante pour le bien comme pour le mal ; avec elle, on joue à peu près quitte ou double. D'où la nécessité d'en établir les indications.

Toute lésion récente, tout phénomène d'acuité, tout symptôme d'irritation, la contre-indique.

Le sujet atteint d'atrophie progressive dont nous avons rapporté l'histoire va à Balaruc au début de son mal; il en revient encore plus malade.

Le vieil ataxique dont parle une de nos observations part pour Balaruc avec sa sclérose ancienne ; il s'en retourne amélioré par l'effet altérant et purgatif de ces eaux chaudes et salées.

III. Il est des sources thermales qui s'adressent à la fois à l'*état général du malade* et à la *lésion organique*. Telles sont les eaux de Lamalou, que le M. professeur Dupré a le premier bien fait connaître (1) et qu'il a classées parmi les acidules ferrugineuses.

Elles sont à la fois toniques, antiplastiques, antiparalytiques.

(1) Dupré, *Observations sur les eaux des diverses sources de Lamalou et sur leur utilité dans quelques cas pathologiques spéciaux.* Tarbes, 1842.

Certaines eaux minérales produisent leurs effets médicateurs en simplifiant la maladie, *en combattant les complications* locales ou générales, comme la scrofule, l'herpétisme, (Mont-Dore, La Bourboule, etc).

Entre ces types principaux se trouvent, comme le dit Durand Fardel (*Bullet. thérapeutique*, 1878), tous les degrés de transition possibles. On les utilisera suivant les indications, et l'on en fera quelquefois les instruments de la méthode empirique perturbatrice.

Après l'énumération des moyens puissants dont la thérapeutique et l'hygiène disposent, l'on doit pourtant se souvenir qu'il s'agit d'un tempérament morbide à modifier. Si la guérison paraît être obtenue, que l'on songe au mot de William Gull : « *Syphilis once, syphilis ever.* »

Sauvegarder l'avenir, voilà le but que l'on doit poursuivre.

On y réussira par l'emploi intelligent et ménagé des spécifiques, surtout de l'iodure, et par une lutte constante contre les poussées congestives qui surviennent autour des régions nerveuses détruites.

La syphilis, en effet, se promène dans le vaste champ de la névroglie aussi bien que sur la peau et sur les muqueuses ; elle se concentre ou se multiplie, se circonscrit ou s'étale, et, alors même qu'elle s'immobilise, elle compromet la vie du malade par les phénomènes inflammatoires qui surviennent autour des lésions qu'elle a réalisées.

C'est alors, mais alors seulement, que le praticien désarmé se trouve en face des indications palliatives.

INDICATIONS PALLIATIVES

Lorsque les médicaments spécifiques, créateurs de fonctions nouvelles et modificateurs des fonctions existantes, ont

échoué; lorsque les médications étiocratique, nosopoiétique et biocratique sont restées impuissantes par la faute de l'affection du malade ou du médecin, ce dernier a encore son double rôle à remplir.

Il doit : 1° prolonger la vie générale, en prévenant les complications et la cachexie syphilitique ou médullaire ;

2° Remédier autant que possible aux désordres irrémédiables de la vie locale ;

3° *Soulager le malade physiquement et moralement.*

C'est alors qu'il met en œuvre la véritable médecine hippocratique, *la médecine du corps et la médecine du cœur.*

Désespéré de ne pouvoir guérir, il soulage et console.

Note de la page VIII (Introduction)

« Si l'on place devant vos yeux, sous forme de pièce anatomique, une jointure présentant tous les caractères de l'arthrite avec exsudation fibrineuse ou purulente, vous prononcerez sur-le-champ cette dénomination même d'arthrite purulente, dont je viens de faire usage, et l'histologie ne changera rien à ce diagnostic tout local, tout anatomique.

» Le problème serait-il par là tout à fait résolu ? Évidemment, non ; car l'arthrite peut avoir été, pendant la vie, un des symptômes du rhumatisme ou de la scarlatine, ou de la morve, ou de l'infection purulente, etc. » (Charcot, *Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. II, 2e édit., pag. 66).

CONCLUSIONS

Fidèle aux grands principes de la pathologie générale, « cette fleur délicate de la philosophie médicale (1) », nous nous sommes efforcé de rattacher l'effet à la cause, la lésion à l'état morbide qui la produit.

Dans ce but d'étude pathogénique, nous avons essayé de traiter le chapitre *Syphilis de la nosologie médullaire.*

Par des preuves cliniques et histologiques, curatives et nécropsiques, nous avons montré que cette diathèse peut produire des myélites systématiques et diffuses, parenchymateuses et interstitielles.

Gros et Lancereaux avaient conclu de leurs savantes et laborieuses recherches que tout trouble nerveux fonctionnel peut être réalisé par la syphilis.

Il ressort de notre modeste travail que tout trouble nutritif médullaire peut être causé par elle.

Ce qui revient à dire, avec M. Grasset, que les maladies de la moelle ne sont pas de véritables espèces nosologiques: ce sont des manifestations d'états morbides généraux, des syndromes cliniques et anatomiques, ou, pour parler le langage, de notre Ecole, des *actes morbides.*

Ce qui revient à dire, avec Charcot, que « la considération » anatomique, avec le concours même de l'histologie la plus

(1) Helmoltz, Discours traduit dans le *Montpellier médical* (juin 1878) et dans la *Revue des cours scientifiques.*

» avancée, ne peut pas tout donner. Son rôle est grand, il est » vrai, mais non prédominant ; et ne voir en pathologie que » ce côté, c'est commettre ce vice de raisonnement qu'on ap- » pelle, dans le langage scolastique de la philosophie, une » énumération incomplète. » (*Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. II, 2e édition, p. 67).

Derrière une maladie nerveuse dynamique ou organique, il faut, en effet, comme nous le recommande M. le professeur Combal, chercher toujours l'affection ou la diathèse. C'est là la base véritable d'une thérapeutique eficace.

Je m'arrête, ici disant à ce Maître qui me dirige dans cet art de guérir qu'il pratique si bien :

Sed ut undè est orsa, in eodem terminetur oratio : maximas tibi gratias agimus, majores etiam habemus (1).

Vu et permis d'imprimer :
Le Président censeur,
COMBAL.

Vu : *le Recteur*,
Em. CHARLES.

(1) Cic. *Pro Mœrcello*.

QUESTIONS DE THÈSE

AUXQUELLES LE CANDIDAT RÉPONDRA VERBALEMENT

(Arrêté du 22 mars 1842)

Chimie médicale et Pharmacie

L'Urée, sa composition, sa constitution, diverses circonstances de sa formation, ses propriétés. Dosage de l'urée dans l'urine.

Physique médicale

Théorie des ophthalmoscopes.

Botanique et Histoire naturelle médicale

Définir le fruit et faire connaître les différentes parties dont il se compose.

Anatomie

Origine et distribution des nerfs du plexus lombo-abdominal.

Physiologie

Des Méthodes calorimétriques ; leur application à la physiologie.

Pathologie et Thérapeutique générales

En quoi et comment l'étiologie profite-t-elle à la connaissance des maladies?

Pathologie médicale ou interne

De l'Ophthalmie scrofuleuse.

Pathologie chirurgicale ou externe

Des Abcès froids.

Histoire de la médecine

De la Fièvre typhoïde dans les ouvrages antérieurs à Bretonneau.

Thérapeutique et matière médicale.

Des Indications dans les maladies simples.

Opérations et Appareils

Des Différentes Méthodes de la chéiloplastie.

Médecine légale et Toxicologie

Distinguer, parmi les traces cadavériques, celles qui sont le résultat de la putréfaction, de celles qui en sont indépendantes.

Hygiène

Lois de l'hérédité morbide, au point de vue du choix dans le mariage.

Accouchements

Des Causes du bruit de souffle chez la femme enceinte.

Clinique interne

Y a-t-il plusieurs espèces de pneumonie ?

Clinique externe

Des Diverses Espèces de surdité et de la manière de les traiter.

Anatomie pathologique et histologie

Du Tubercule, au point de vue de l'anatomie pathologique.

Titre de la Thèse à soutenir

Des Myélites syphilitiques.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

Professeurs

MM.	
BOUISSON (O. ✻ C. ✻), Doyen.	Opérations et Appareils.
BOYER ✻.	Pathologie externe.
DUMAS ✻.	Accouchements.
MARTINS (O. ✻) ✻ ✻.	Botanique et Histoire naturelle.
DUPRÉ ✻ (C. ✠),	Clinique médicale.
BENOIT ✻ ✻.	Anatomie et Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.
COURTY ✻.	Clinique chirurgicale.
ROUGET ✻.	Physiologie.
COMBAL ✻. Prés.	Clinique médicale.
FONSSAGRIVES (O ✻) ✻ ✻ ✻ ✻.	Thérapeutique et Matière méd., Clinique des maladies des vieillards et des enfants.
CAVALIER.	Pathologie et thérap. gén., Clinique des maladies nerveuses et mentales.
MOITESSIER ✻.	Physique médicale.
ESTOR, *Exam.*	Anatomie pathologique, Histologie et Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.
JAUMES.	Médecine légale et toxicologie et Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.
DUBRUEIL ✻,	Clinique chirurgicale.
ENGEL.	Chimie médicale et Pharmacie.
BERTIN.	Hygiène
N * * *	Pathologie médicale.

CASTAN, agrégé	Histoire de la médecine.

Agrégés en exercice

MM. Jacquemet.	MM. Grynfeltt.
Pécholier.	Masse,
Castan,	De Girard.
Gayraud.	Serre,
Vignal.	Grasset, *Exam.*
Sabatier ✻.	Roustan.
Hamelin. *Exam.*	Guillaud.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune pprobation ni improbation.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque!